

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Багрецова Ирина Александровна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
С ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.10 Кожные и венерические болезни

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук
Барсукова Ирина Михайловна

доктор медицинских наук, профессор
Сухарев Алексей Владимирович

Санкт-Петербург – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	15
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	42
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	58
3.1 Медико-статистическая характеристика пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис	59
3.2 Медико-статистическая характеристика больных с сопутствующими кожными заболеваниями в стационаре скорой помощи	83
ГЛАВА 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	101
ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	119
5.1 Организационные аспекты работы врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи	119
5.2 Общие показатели лечебно-диагностической работы врача- дерматовенеролога в стационаре скорой медицинской помощи.....	123
5.3 Лечебно-диагностическая тактика по выявлению и борьбе с распространением сифилиса в условиях стационара скорой медицинской помощи.....	125
5.4 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи.....	137
5.5 Кожные заболевания в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи	139
5.6 Паразитарные заболевания в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи	142
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	155
ВЫВОДЫ.....	164
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	167
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	169
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	170

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	171
ПРИЛОЖЕНИЯ	195
Приложение А. Статистическая карта пациента	195

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертационного исследования обусловлена тем, что заболевания кожи и венерические болезни представляют исключительную медико-санитарную, медико-социальную, эпидемиологическую и гигиеническую значимость. Не забыта еще «эпидемия сифилиса» 1989 – 1997 гг., когда уровень заболеваемости в Российской Федерации (РФ) достиг катастрофических размеров и вырос в 64 раза, что было отмечено многими отечественными и зарубежными авторами (Скрипкин Ю.К. и соавт., 1996; Яцуха М.В., 1996, 1997; Аковбян В.А. и соавт. 1996, 2002; Павлик Л.П. и соавт. 1998; Чеботарев В.В., Сивак В.В., 2003; Кубанова А.А. и соавт., 2005; Заславский Д.В., 2008; Тихонова Л.И., 1999; Borisenko K.K. et al, 1999).

Сегодня в связи с реализацией федеральных целевых программ и противоэпидемических мероприятий ситуация изменилась: уровень заболеваемости сифилисом к 2016 г. снизился и достиг 21,3 случая на 100 тыс. населения (по сравнению с 65,4 на 100 тыс. населения в 1997 г.). В целом, в РФ среди инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИПППП) отмечается снижение уровня заболеваемости (2006-2016 гг.) на 67,0% (Кубанова А.А., 2017, 2018). Однако, остаются тревожные моменты: на фоне снижения заболеваемости населения ранними формами сифилиса (за период 2011-2016 гг. на 58,0%), другими и неуточненными формами сифилиса (на 45,0%), заболеваемость поздними формами увеличилась на 43,0% (число случаев возросло в 6 раз: с 4,3% в 2006 г. до 26,0% в 2016 г.). Заболевание диагностируют через много лет после инфицирования, тяжелые формы поражают нервную систему и висцеральные органы: отмечено увеличение заболеваемости поздним нейросифилисом (с 0,3 в 2006 г. до 0,8 на 100 тыс. населения в 2016 г.) и сифилисом сердечно-сосудистой системы (с 0,01 в 2006 г. до 0,08 на 100 тыс. населения в 2016 г.). Кроме того, за данный период наблюдения доля раннего скрытого сифилиса увеличилась с 47,3% до 64,4% –

эта форма сифилиса труднораспознаваема и опасна в эпидемиологическом отношении (Кубанова А.А., 2017).

Следует отметить и выявляемость сифилиса среди иностранных граждан: она увеличилось только за 2014-2016 гг. в 1,7 раза (с 3513 до 6028) и составила 19,0% от всех случаев сифилиса, зарегистрированных в России в 2016 г.

Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в РФ сохраняет высокий уровень: в 2016 г. показатель составил 5871 на 100 тыс. населения, каждый 25-й взрослый и каждый 15-й ребенок в стране страдает этой патологией. Наиболее высоким он был в Северо-Западном федеральном округе (7503 на 100 тыс. населения, что на 28% выше среднероссийского показателя).

Таким образом, ситуация по сифилису и ИПППП, кожным заболеваниям требует постоянного мониторинга, усиления профилактической работы и активных мер по выявлению больных и контактных лиц во избежание подъема уровня заболеваемости, повышения качества медицинской помощи (Заславский Д.В., 2008; Юрьев В.К. и соавт., 2010, 2016, 2017).

На этом фоне в стране имеет место снижение показателя обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами (за пять лет – на 17,2%; с 0,71 (2011) до 0,58 (2016) на 10 тыс. населения), ежегодное снижение числа визитов пациентов к врачам-дерматовенерологам с 50,4 млн (2008) до 45,0 млн (2016), реорганизация коечного фонда дерматовенерологического профиля (сокращение количества коек круглосуточного пребывания и развертывание коек дневного стационара) (Кубанова А.А., 2017).

В этих условиях все последние годы наблюдается рост экстренной госпитализации в стационары скорой медицинской помощи. Одной из основных задач на этапе приема поступающих пациентов становится не только их регистрация, но и медицинская сортировка по степени тяжести состояния, инфекционной и социальной безопасности (Парфенов В.Е., 2018; Барсукова И.М., 2017, 2018). Диагностика, выделение из общего потока и изоляция эпидемиологически опасных для окружающих пациентов

дерматовенерологического профиля, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи по основному заболеванию в непрофильном (по дерматовенерологии) стационаре приобретают особое значение и должны стать надежным барьером на пути распространения инфекции.

Выше перечисленные обстоятельства диктуют необходимость изучения вопросов, касающихся организации оказания медицинской помощи больным с дерматовенерологической патологией в условиях крупного многопрофильного стационара, оказывающего скорую медицинскую помощь.

Степень разработанности темы исследования. Вопросам совершенствования организации оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации уделяется особое внимание, как в научных исследованиях, так и в федеральных и региональных целевых программах (Боев В.А., 2008; Багненко С.Ф. и соавт., 2014; Шляфер С.И., 2015; Ершова Е.В., 2014; Парфенов В.Е., 2015; Барсукова И.М., 2017, 2018). Большинство работ посвящено отдельным медико-социальным вопросам организации оказания скорой медицинской помощи (Копецкий И.С., 2012; Сидоров М.Г., 2011; Евзельман М.А., 2006; Мясников А.О., 2009), решают проблемы в масштабе крупного города, субъекта Российской Федерации (Бойков А.А., 2007; Сухин В.В., 2004; Матер А.А., 2006; Савельев, О.В., 2003) или страны (Барсукова И.М., 2017). Ряд исследований посвящен организации скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях (Закарян А.А. и соавт., 2008; Стожаров В.В. и соавт., 2007; Багненко С.Ф. и соавт., 2009; Лысенко К.И. и соавт., 2010). С 2010 г. актуальность приобрели вопросы разработки теории и внедрения в практику технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи (Алимов А.А. и соавт., 2014; Мирошниченко А.Г. и соавт., 2014, 2015, 2016; Барсукова И.М., 2017, 2018). Вместе с тем, при достаточности внимания к вопросам организации скорой медицинской помощи до настоящего времени отсутствуют комплексные исследования по оказанию медицинской помощи дерматовенерологического профиля в условиях многопрофильного стационара, внедрившего современную

технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Все вышеизложенное определяет актуальность и своевременность настоящего исследования, необходимость детального изучения и анализа обозначенных проблем в целях совершенствования организации медицинской помощи больным с дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи, поиска и обоснования наиболее оптимальных путей дальнейшего развития.

Цель исследования: совершенствование организации медицинской помощи больным с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи.

Достижение поставленной цели предполагает решение **задач:**

1. Изучить особенности оказания медицинской помощи пациентам с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи.
2. Изучить распространенность, медико-статистическую и социально-гигиеническую характеристики больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией среди пациентов многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.
3. Проанализировать степень влияния сопутствующей дерматовенерологической патологии на течение основного заболевания и экономические затраты стационара скорой медицинской помощи.
4. Предложить организационные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи.

Научная новизна исследования. Представлено научное обоснование системы организации оказания медицинской помощи пациентам с сопутствующей дерматовенерологической патологией в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, а именно:

проведен анализ медико-статистической характеристики и экономических аспектов лечения больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи;

представлена сравнительная социально-гигиеническая характеристика больных, госпитализированных по экстренным показаниям, с наличием сопутствующей дерматовенерологической патологии и без нее;

показано, что выявляемость больных сифилисом в стационаре СМП (на 100 тыс. пациентов) в 2,7 раза, а чесоткой – в 3 раза превышает соответствующую заболеваемость по Санкт-Петербургу в силу социальных особенностей контингента пациентов подобных стационаров;

выявлено значительное преобладание (более $\frac{3}{4}$) пациентов, имеющих положительные серологические реакции на сифилис, среди госпитализированных в отделения хирургического профиля (урология, гинекология и др.), и требующих, как правило, оперативного хирургического вмешательства; каждый 4-й больной (25,8%) был госпитализирован с болезнями мочеполовой системы;

выяснено, что особенностью работы стационара СМП является увеличение числа (на 88,7%, $p < 0,01$) и доли (с 10,9% до 18,5%, $p < 0,05$) пациентов СМП с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис с краткосрочным пребыванием, которые выписываются до осмотра врача-дерматовенеролога и уточнения диагноза и фактически не получают медицинскую помощь по данному профилю;

установлено существенное отличие в структуре диагноза основного заболевания у больных стационаров скорой медицинской помощи с сопутствующей дерматовенерологической патологии и без нее, что связано, прежде всего, с различиями поло-возрастной структуры этих групп больных;

представлены основные показатели работы стационара (прежде всего – летальность и средняя длительность койко-дня) в группах больных с сопутствующей дерматовенерологической патологии и без нее;

установлена более высокая потребность в проведении лабораторно-диагностических исследованиях у больных с сопутствующей кожной патологией по сравнению с больными, имеющими положительные серологические реакции на сифилис (соответственно, 4993 и 1628 исследований на 100 больных) (влияние возраста, диагноза и длительности пребывания);

предложен новый алгоритм организации медицинской помощи больным с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи, включающий медицинскую сортировку поступающих больных, оперативность оказания медицинской помощи, обучение персонала СМП, лабораторную экспресс-диагностику, нормирование штатных должностей врачей дерматовенерологов и условий их работы в стационарном отделении СМП, организационные мероприятия по кадровому и материально-техническому обеспечению.

Теоретическая и практическая значимость диссертации заключается в разработке системы организации оказания специализированной медицинской помощи больным с сопутствующей дерматовенерологической патологией в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

На основе полученных в ходе исследования данных впервые разработаны, обоснованы теоретические и практические рекомендации по оптимизации лечебно-диагностической тактики ведения пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией в условиях многопрофильного стационара СМП, а также профессиональной подготовке врачей СМП стационарных отделений СМП.

Областью применения результатов исследования является система оказания скорой медицинской помощи Российской Федерации (стационарный этап), как в практической части, так и в сфере организации здравоохранения, а также система профессиональной подготовки врачей-организаторов здравоохранения, специалистов скорой медицинской помощи и врачей-дерматовенерологов.

Материалы исследования использованы при создании организационно-методических и учебных документов для стационаров СМП.

Результаты исследования внедрены в образовательный процесс учебных подразделений: кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Учебного центра ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе» (акты внедрения), а также в научную и практическую деятельность ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБУЗ «Александровская больница» (акты внедрения).

Методология и методы исследования. Теоретической и методологической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных ученых в области организации здравоохранения, нормативные правовые акты Российской Федерации. При разработке и реализации программы исследования использована методология системного и ситуационного подхода к изучению состояния системы оказания скорой медицинской и дерматовенерологической помощи в условиях стационара скорой медицинской помощи.

Объект исследования – деятельность стационаров СМП по оказанию помощи пациентам с сопутствующей дерматовенерологической патологией.

Предмет исследования – структура, ресурсы и технология функционирования системы оказания скорой медицинской помощи. Материалы исследования: данные медицинских карт 8100 стационарных пациентов ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (основная база исследования) за период 2012-2017 гг. В работе над диссертацией использованы методы: контент-анализа, историко-аналитический, нормативно-правовой, экономический и статистический (расчет относительных и средних величин, определение достоверности

различия (с использованием критерия Стьюдента) относительных и средних величин, показателей динамического ряда, стоимостных показателей, корреляционный анализ Пирсона).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Дерматовенерологическая патология в связи с ее высокой распространенностью, обусловленной социальными и миграционными процессами в обществе, сохраняет свою актуальность. Выявляемость этой патологии в стационарах скорой медицинской помощи значительно превышает средние региональные показатели.

2. Современная технология работы стационарного отделения скорой медицинской помощи больницы скорой медицинской помощи способствует увеличению пропускной способности стационара, медицинской сортировке входящего потока пациентов по степени тяжести и очередности (оперативности) проведения лечебно-диагностических мероприятий, социальной и эпидемиологической безопасности и предполагает краткосрочность пребывания в стационаре значительной части обратившихся за медицинской помощью. Она должна обеспечить своевременность проведения лечебно-диагностических и эпидемиологических мероприятий в отношении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией, представляющей опасность для окружающих.

3. Оптимизация системы оказания дерматовенерологической помощи в стационаре скорой медицинской помощи предполагает подготовку специалистов скорой медицинской помощи по актуальным вопросам дерматовенерологии, проведение лабораторной экспресс-диагностики в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи, штатное нормирование должностей врачей дерматовенерологов в стационаре скорой медицинской помощи.

Степень достоверности и апробация результатов полученных результатов и выводов определяется достаточными объемами баз данных; использованием современных методов исследования, соответствующих

методологии, цели и задачам диссертационной работы; использованием сплошного метода практически в каждом фрагменте исследования (при подборе 1088 случаев оказания медицинской помощи пациентам с положительными серологическими реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и 2512 – с сопутствующими кожными заболеваниями); комплексом методик и адекватным статистическим аппаратом, а также апробацией основных результатов исследования на научных конференциях и съездах. Объемы выборки при подборе контрольной группы (4500 пациентов без ДВП) определяем по традиционной методике обеспечения репрезентативности.

Статистическую значимость сравниваемых показателей с нормальным распределением устанавливали с использованием критерия Стьюдента (t). Проверка статистических гипотез проведена по общепринятым в статистике методикам. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) принимался равным 0,05. Статистически значимые отличия фиксировались при достижении указанного значения уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Примененная методология исследования подтверждает достоверность полученных результатов, применяемые комплексные методики позволили решить поставленные задачи.

Апробация работы. Основные положения, предварительные и окончательные результаты исследования доложены и обсуждены на 19 международных, российских, региональных научно-практических конференциях и съездах: XXXVII и XXXVIII научно-практических конференциях дерматовенерологов и врачей смежных специальностей Санкт-Петербурга «Актуальные проблемы дерматовенерологии» (Санкт-Петербург, 2002, 2003); конференции по Российско-Шведскому проекту «13+» (Санкт-Петербург, 2004); XXXXI научно-практической конференции дерматовенерологов и врачей смежных специальностей Санкт-Петербурга «Актуальные проблемы дерматологии. Контроль и профилактика инфекций, передаваемых половым путем» (Санкт-Петербург, 2005); научно-практической конференции «Стратегия и тактика работы дерматовенерологической службы»

(Санкт-Петербург, 2006); II Всероссийском конгрессе дерматовенерологов (Санкт-Петербург, 2007); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2013» (Санкт-Петербург, 2013); 2-м Съезде врачей неотложной медицины (Москва, 2013); II научно-практической конференции «Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе» (Москва, 2014); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы Всероссийской службы медицины катастроф на региональном уровне» (г. Красноярск, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2015» (Санкт-Петербург, 2015); III Съезде Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана (г. Ташкент, 2015); IX Российской научно-практической конференции «Санкт-Петербургские дерматологические чтения» (Санкт-Петербург, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2016» (Санкт-Петербург, 2016); Всероссийской научно-практической конференции по медицинской микробиологии и клинической микологии «XIX Кашкинские чтения» (Санкт-Петербург, 2016); Всероссийской конференции НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского «Оказание скорой и неотложной медицинской помощи на современном этапе. Достижения и перспективы» (г. Казань, 2017); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2017» (Санкт-Петербург, 2017); Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2018» (Санкт-Петербург, 2018); научно-практической конференции молодых ученых и специалистов «Никифоровские чтения – 2018: передовые медицинские технологии» (Санкт-Петербург, 2018).

Личный вклад автора заключается в 100% личной разработке концепции, методики, основных направлений и программы исследования, определении цели и задач, анализе результатов, научном обосновании и доказательной базе всех положений диссертационного исследования, формулировке выводов и практических рекомендаций. Доля участия автора в

сборе и обработке статистического материала – 90%. Автору принадлежит определяющая роль во внедрении результатов работы, научных публикациях и докладах по материалам исследования.

Публикации. Основные положения диссертации отражены в 29 научных публикациях, из них 4 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России. По материалам диссертации подготовлено 1 учебно-методическое пособие, разработан учебный модуль (36 часов).

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 195 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и предложений, 1 приложения. Список литературы включает 295 источников, из них 219 отечественных и 76 зарубежных. Работа иллюстрирована 3 рисунками и 51 таблицей.

Работа выполнена в соответствии с планами научно-исследовательских работ кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, отдела организации скорой медицинской помощи и телемедицины «Балтийский центр телемедицины» ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Современный этап развития отечественного здравоохранения, в основе которого заложены принципы медико-экономической эффективности, характеризуется повышением требований к качеству и срокам оказания медицинской помощи, разработкой и внедрением высокотехнологичных методов диагностики и лечения, сокращением сроков начала этиопатогенетического лечения и требует пересмотра функционирования системы оказания медицинской помощи. Концепция демографической политики Российской Федерации (2007 г.) рассчитана на период до 2025 г. и нацелена на стабилизацию и рост численности населения, повышение общего коэффициента рождаемости (в 1,5 раза), увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Для достижения этих показателей требуются эффективные государственные меры по совершенствованию системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации.

Рассматриваемая нами тема поднимает, как минимум, два ключевых вопроса отечественного здравоохранения: первый – потребность в совершенствовании системы оказания скорой медицинской помощи населению страны, и второй – проблемы оказания дерматовенерологической помощи населению, обусловленные их исключительной медико-санитарной, медико-социальной, эпидемиологической и гигиенической значимостью.

Одним из важных направлений развития отечественного здравоохранения являются разработка и реализация эффективных мер, направленных на сохранение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, регламентированного Конституцией Российской Федерации и федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-

эпидемиологическом благополучии населения» (Барсукова И.М., 2017, Котенко П.К. и соавт, 2018).

Современная дерматовенерология является частью специализированной медицинской помощи, финансируется в системе ОМС, за исключением инфекций, передающихся половым путем, оплачиваемых преимущественно из региональных бюджетов субъектов Российской Федерации. Кожно-венерологические диспансеры (КВД) имеют статус головных профильных центров, функционирующих в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по специальности «дерматовенерология» (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 924н), их мощность, структура и штатная численность персонала определяется исходя из уровня заболеваемости, объема лечебно-диагностической работы и численности населения в районе обслуживания. Чаще в регионе создается единый диспансер с филиалами. Если коечная мощность стационарных отделений КВД формируется от 15 коек и расчета 1 должности врача-дерматовенеролога для оказания стационарной помощи на 15 коек, то врачебные участки для оказания амбулаторной помощи рассчитываются исходя из 1 должности врача-дерматовенеролога на 20 тыс. населения (0,25 должности на 5 тыс. населения) при норме нагрузки 2-3 чел./час. В настоящее время оказание специализированной дерматовенерологической помощи осуществляется преимущественно в амбулаторных условиях в 10 тыс. медицинских организациях, треть из которых – в частной системе здравоохранения (2017) (Кубанова А.А. и др., 2018).

История дерматовенерологии неразрывно связана с развитием страны и общества, сложными социально-политическими, экономическими и демографическими процессами. Ее анализ позволяет не только обобщить полученный опыт, но и построить новую систему профилактики и лечения данной патологии. Происходившие в России в 1990-2000-х гг. социально-экономические преобразования не могли не отразиться как на состоянии здоровья населения, так и на его медицинском обслуживании. К ярким негативным последствиям социально-экономического переустройства в России

относятся изменения в эпидемиологической ситуации по инфекциям, передающимся преимущественно половым путем (ИПППП), и таким кожным заболеваниям, как трихофития, микроспория и чесотка. ИПППП относятся к социально значимым высококонтагиозным заболеваниям, распространение которых представляет опасность для окружающих и негативно сказывается на состоянии здоровья населения. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируются до 1 млн случаев ИПППП, самые распространенные из которых – хламидиоз, гонорея, сифилис и трихомониаз. Подъем заболеваемости ИПППП в 1990-е годы охватил практически все регионы Российской Федерации: если доэпидемический уровень заболеваемости (1988-1989 гг.) составил 4,3 случая на 100 тыс. населения, то в пик заболеваемости, который был отмечен в 1997 г., он составил 277,3 случая на 100 тыс. населения. Этому способствовали социальное расслоение населения, изменение отношения к собственному здоровью, коммерциализация интимных отношений, снижение профилактической и противоэпидемической работы, дефицит финансового обеспечения, лекарств и медицинских изделий, дефекты диагностики и лечения, изменения законодательства (исключение из Уголовного кодекса положений о принудительном обследовании и лечении больных с ИПППП) и другие. Общее число впервые заболевших ИПППП в 1999 г. составило более 2 млн (1,5% населения страны) с высоким удельным весом поздних форм, нейросифилиса, одновременно регистрировался рост ВИЧ-инфицированных среди пациентов с ИПППП (Коробко А.В., 2014). В последующем заболеваемость ИПППП плавно снижалась на 15-20% в год. Общее число больных ИПППП в России по данным официальной регистрации оставалось высоким и в начале текущего столетия. Так, в 2001 г. оно достигало 1,0 млн человек.

За период 2006-2016 гг. заболеваемость ИПППП снизилась в 3 раза и достигла уровня 159,5 на 100 тыс. населения в 2016 г., а за рассматриваемый период в целом снизилась на 67,0%, и тенденция носит устойчивый характер; в структуре этой заболеваемости: трихомоноз (34,8%), хламидийная инфекция

(22,1%), сифилис (13,3%), аногенитальные венерические бородавки (12,9%), гонококковая инфекция (9%), аногенитальная герпетическая инфекция (7,9%). Около 50% всех зарегистрированных в стране ИПППП приходится на пациентов в возрасте от 15 до 29 лет. (Кубанова А.А. и др., 2017, 2018).

Проблема инфекций, передающихся преимущественно половым путем, тесно связана с динамикой общественных процессов, среди которых – возрастание миграции, появление беженцев, лиц без определенного места жительства и занятий, люмпенизация общества (Тихонова Л.Н., 1995; Громыко А.И., 1996; Яцуха М.В., 1996; Аковбян В.А. с соавт., 1998; Лосева О.К., 1999; Кунгуров Н.В. с соавт., 2002; Багрецова И.А., 2014, 2015, 2016, 2017; Пенюгина Е.Н., 2017; Кубанова А.А., 2017). Как данные официальной статистики, так и проводимые эпидемиологические исследования подтверждают массовость распространения этих заболеваний.

Вопросы распространения кожных и венерических заболеваний среди населения городов в последние десятилетия получили достаточно широкое освещение в литературе (Скрипкин Ю.К. с соавт., 1990, 1997, 2001; Соколовский Е.В., 1997; Тихонова Л.Н., 1997, 1999, 2001; Родионов А.Н., 2000, 2018; Адамович В.П., 2004; Гуляй П.Д., Ковальчук Л.А., 2001; Вишняков Н.И., 2017; Багрецова И.А., 2014, 2015, 2016, 2017). Имеются работы, посвященные дифференциальной диагностике и комплексному лечению ИПППП, организации кожно-венерологической помощи в городах в различных социально-экономических условиях (Кира Е.Ф., 1996; Шакуров И.Г., 1998; Перщетская Е.Б., 2005). Серьезные последствия ИПППП (репродуктивные, личностные, социальные, финансовые и прочие) определяют возрастающее число научных исследований (чаще – зарубежных), связанных с разработкой, проведением и оценкой результативности профилактических вмешательств (интервенций), направленных на коррекцию поведения, способствующего заражению, разработке программ профилактики ИПППП в субпопуляциях повышенного риска заражения (Краснопольских Т.В., Соколовский Е.В., 2017). Высокий уровень распространенности инфекций, передаваемых половым

путем, экспоненциальный рост уровня ВИЧ-инфекций в Российской Федерации все последние годы ставят перед отечественным здравоохранением неотложные задачи, социально-гигиеническая значимость которых связана с широким и все продолжающимся их распространением, а также с серьезными последствиями для здоровья (Гречко А.В., 2004), эти вопросы актуальны и сегодня.

Особое место среди данной патологии занимает сифилис. Еще в конце XV в., в период пандемии сифилиса в Западной и Центральной Европе, сифилис считали «чёрной смертью», «чумой», у выживших оставались тяжелые поражения внутренних органов – висцеральный сифилис и параличи. Они были описаны еще Ульрихом фон Хуттенom и Парацельсом: в 1519 г. Ульрих фон Хуттен упоминал параличи у сифилитиков, которые связывал с применением ртути в лечебных целях, а Теофраст Бомбаст Парацельс первым высказал мнение о заболевании сифилисом вследствие заражения организма особым ядом («венерической миазмой»), который проникает во все органы и ткани организма. По мнению знаменитого сифилидолога XVI в. Йоханнеса Фернеля, причина заболевания сифилисом заключалась в яде, передаваемом от больного человека к здоровому (Самцов А.В. и др., 2001; Вознюк И.А. и др., 2018). Впервые патологоанатомические данные о сифилитическом поражении головного мозга были описаны Баллониусом (1616) (Самцов А.В. и др., 2001; Лосева О.К. и др., 2011; Вознюк И.А. и др., 2018). В дальнейшем этот взгляд был забыт, и в XVIII в. Хантер учил, что сифилис никогда не поражает внутренние органы. Данное мнение господствовало почти до середины XIX столетия. Однако, впоследствии Лаллеман выявил поражение сифилисом мозговых оболочек и вещества мозга (1834); Гринзерг описал форму сифилитического менингита (1860); Карл Вестфаль установил связь между сифилисом и психическими заболеваниями; Хейбнер описал изменения сосудов при сифилисе (облитерирующий эндартериит и эндофлебит), А. Альцгеймер диагностировал острый сифилитический менингомиелит и энцефалит; в 1902 г. В.М. Бехтерев охарактеризовал патоморфологические

особенности поражения артерий мелкого и среднего калибра, обусловленные сифилисом. Окончательно связь между сифилисом и поражением центральной нервной системы была установлена только во время открытия Ф.Р. Шаудинном и Е. Хоффманном возбудителя *Spirochaeta pallida* (1905) и разработки А. Вассерманом реакции связывания комплемента.

Во второй половине XX в. были отмечены значительные изменения клинической картины сифилиса и структуры его поражений (Ведров Н.С., 1950; Дмитриев Г.А., 2010; Одинак О.М., 2011; Клинические рекомендации..., 2012; Колоколов О.В., 2012, 2013; Катунин Г.Л., 2013; Юсупова Л.А., 2013; Кубанова А.А., 2014; Шишов А.С., 2014; Красносельских Т.В., 2015; Федеральные клинические рекомендации ..., 2015).

Согласно официальной статистике, сегодня в мире ежегодно регистрируется около 12 млн вновь выявленных случаев сифилиса, 62 млн случаев гонореи, около 90 млн больных хламидиозом, 50 млн ВИЧ/СПИД-инфицированных. При этом заболеваемость сифилисом в России в расчете на 100 тыс. населения имеет следующую тенденцию: 119,9 (2002) – 65,4 (2006) – 63,1 (2007) – 33,0 (2012) – 21,3 (2016) случаев. В 2016 г. зарегистрировано 31,1 тыс. вновь выявленных случаев сифилиса, а в 2017 - 20,5 тыс., за период 2011-2016 гг. заболеваемость ранними формами снизилась на 58,0%, поздними формами – возросла на 43,0%, другими и неуточненными формами – снизилась на 45,1%. Однако, среди ранних форм доля случаев раннего скрытого сифилиса к 2016 г. увеличилась с 47,3% до 64,4%, так как данная форма заболевания трудно распознаваема и опасна в эпидемиологическом отношении (Кубанова А.А. и др., 2018).

Уменьшение числа случаев с ранними формами сифилиса сопровождается увеличением числа его поздних форм, которые составили 26,1% от общего числа зарегистрированных случаев – увеличились в 6 раз с 4,3% в 2006 г. Поздние формы сифилиса выявляются через годы после инфицирования, в эпидемиологическом плане являются менее активными, но более тяжелыми для пациента, так как поражают нервную систему и

висцеральные органы. Следует отметить увеличение заболеваемости такими тяжелыми формами, как поздний нейросифилис (2006 г. – 0,3; 2016 г. – 0,8 на 100 тыс. населения) и сифилис сердечно-сосудистой системы (2006 г. – 0,01; 2016 г. – 0,08 на 100 тыс. населения). Таким образом, несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация в стране по сифилису в настоящее время имеет стойкую тенденцию к снижению, высокий процент зарегистрированных случаев раннего скрытого сифилиса требует его дальнейшего мониторинга и постоянных усилий по выявлению контактных лиц, так как является наиболее опасным в эпидемиологическом плане и может привести к резкому скачку уровня заболеваемости. Тревогу вызывает и рост поздних форм заболевания (Кубанова А.А., 2017).

Заболеваемость трихомонозом в 2016 г. В Российской Федерации была зарегистрирована на уровне 55,5 на 100 тыс. населения, хламидийными инфекциями – 35,3 на 100 тыс. населения, герпетической инфекцией – 12,6 на 100 тыс. населения, аногенитальными (венерическими) бородавками – 20,7 на 100 тыс. населения. Неравномерное снижение заболеваемости ИПППП изменило структуру ИПППП в Российской Федерации: за период 2004-2014 гг. в общей структуре ИПППП уменьшилась доля сифилиса и гонококковой инфекции (с 14,0% до 12,1%), трихомоноза (с 44,2% до 35,0%). На этом фоне увеличилась доля хламидийных инфекций (с 18,1% до 23,0%), герпетической инфекции (с 4,1% до 7,0%) и заболеваемости аногенитальными бородавками (с 6,0% до 11,0%). Тревогу вызывает рост заболеваемости среди иностранных граждан (с 2014 г. – в 1,7 раза; 19,0% от всех случаев сифилиса, 2016); число больных сифилисом мигрантов в Москве за 5 лет (2011-2017) выросло в 40 раз Роспотребнадзор ..., 2017). Продолжает регистрироваться сифилис и среди детского населения (441 вновь выявленных случаев в 2016 г.; 1,5 на 100 тыс. населения) (Кубанова А.А. соавт., 2015, 2017).

Заболеваемость сифилисом в регионах страны носит неравномерный характер с колебаниями по федеральным округам в пределах 11,8% – 30,6% в структуре ИПППП (2016). В Северо-Западном федеральном округе

положительная динамика 2011-2016 гг. составила 54,7% (с 39,1% до 17,7%). Неблагоприятная ситуация складывалась в больших городах.

Нельзя не отметить, что реальная заболеваемость сифилисом выше, чем данные официальной статистики. Часто диагностику проводят частные организации, которые анонимно лечат пациентов, не передавая сведения в официальную статистику. Более 70% пациентов с таким диагнозом имеют склонность «к асоциальным поведенческим действиям (алкоголизм, лица БОМЖ, безработица, беспорядочные половые связи)». При этом наибольший процент заболевших — люди в возрасте 18-29 лет, 59,2% из которых — женщины; 60,1% от общего числа больных составляют незамужние и холостые лица (Роспотребнадзор ..., 2017).

Достаточно широко распространены и кожные заболевания, требующие специализированной помощи врачей-дерматовенерологов (Бугреева Е.А., 2006, Родионов А.Н. и соавт., 2018; Сухарев А.В. и соавт., 2012, Багрецова И.А. и соавт., 2018, 2019). Заболеваемость и распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации сохраняют свой высокий уровень: в 2016 г. было зарегистрировано 8,6 млн случаев заболеваний, заболеваемость составила 5871 на 100 тыс. населения; каждый 25-й взрослый и 15-й ребенок в стране страдает этой патологией. Причем, наиболее высокие показатели в 2016 г. были зарегистрированы в Северо-Западном федеральном округе — 7503 случаев на 100 тыс. населения, что почти на 28,0% выше среднероссийского показателя и на 10% превышает аналогичный показатель 2006 года по данному округу. За последние 10 лет заболеваемость кожными заболеваниями в стране снизилась более, чем на 16%, а распространенность — только на 8%. По своей значимости и распространенности дерматологическая патология занимает 5-е место среди всех учитываемых нозологий (Кубанова А.А., 2017).

Актуальной проблемой здравоохранения на современном этапе стал рост заболеваемости чесоткой. Сохранению неблагоприятной эпидемиологической ситуации способствует низкая медицинская активность и поздняя

обращаемость больных чесоткой за медицинской помощью к специалистам, ошибки в диагностике и склонность к самолечению (Соколова Т.В., 2001; Сырнева Т.А., Корюкина Е.Б., 2009). Анализ данных официальной медицинской статистики, а также опубликованных эпидемиологических исследований последних лет показал, что в настоящее время чесотка является одним из самых распространенных паразитарных дерматозов в России. Однако, как полагают многие авторы, официально регистрируемая заболеваемость чесоткой не отражает истинного уровня ее распространенности, что связано с неполным учетом заболеваемости в случаях обращения пациентов к врачам недерматологических специальностей, причем, как государственных, так и частных медицинских организаций (Утц С.Р. с соавт., 2011; Соколова Т.В., 2008). При этом, судя по отчетам фармацевтических учреждений, антискабиозных препаратов, купленных населением, хватило бы для лечения почти в 10 раз большего числа больных, чем зарегистрировано. В эпидемиологии чесотки на современном этапе большое практическое значение имеют группы риска, причем, наибольший коэффициент риска имеют лица молодого возраста (17-21 год): они составляют 9% всей численности населения России, но около 30% случаев чесотки выявлено в данной возрастной группе (Кунгуров Н.В. с соавт., 2009; Рязанцев И.В., 2004). Как отмечается в обзоре «Epidemiology of scabies», заражение чесоткой несет риск развития осложнений, пиодермии, стрептококкового гломерулонефрита и ревматического полиартрита, а потому чесотка ныне признана более значимой для мирового здравоохранения, нежели считалось ранее. Согласно современным данным литературы, заболеваемость чесоткой варьирует в широких пределах в разных регионах и контингентах населения. При этом лечение вспышек чесотки в развитых странах в уязвимых группах населения и учреждениях здравоохранения приводит к большим финансовым затратам. В то же время, чесотка является проблемой здравоохранения преимущественно развивающихся стран, что позволяет относить ее к «забытым болезням», в силу чего ей не уделяется должного

внимания (Fuller L.C., 2013).

Существует немало работ, посвященных изучению распространения дерматовенерологических заболеваний в различных регионах страны (Коновалов О.Е., 1997; Юцковский А.Д., 1997; Байдалин А.В., 2000; Певзнер Ю.С., 2000; Гречко А.В., 2004; Бугреева Е.А., 2006; Заславский Д.В., 2008 и др.). По мнению авторов, низкая эффективность организации дерматовенерологической помощи связана с тем, что она до настоящего времени ориентирована на госпитализацию больных сифилисом, и лечение их многократными инъекциями пенициллина. При этом порой не соблюдается конфиденциальность при обязательном учете и регистрации больных ИПППП. В таких условиях многие пациенты предпочитают избегать государственных медицинских и обращаться к частнопрактикующим врачам, к лицам, не имеющим медицинского образования, или не обращаться за лечением вообще. Такая ситуация способствует увеличению продолжительности периода контагиозности больных в связи с отсутствием лечения или его неэффективностью.

Со временем пришло осознание того, что организационная структура медицинской помощи в новых социально-экономических условиях становится неадекватной новым потребностям общества, а поэтому является неэффективной и чрезвычайно затратной. Долгие годы в кожно-венерологических диспансерах (КВД), как и в больницах, отмечались завышенные сроки обследования и лечения больных, случаи дублирования обследований на разных этапах оказания помощи, использования устаревших технологий лечебно-диагностического процесса. Назрела потребность в совершенствовании нормативной базы и внедрении инновационных технологий в дерматовенерологии. Это потребовало проведения расчетов потребности в коечном фонде стационарозамещающих технологий, нормирования труда врачей дневных стационаров, разработки организационных и финансово-экономических механизмов стимулирования внедрения стационарозамещающих технологий, расчетов экономического

эффекта от их организации.

В результате проведенных реорганизационных мероприятий в 2016 г. медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология» пациенты получали в 134 кожно-венерологических диспансерах, 8 центрах специализированных видов медицинской помощи, в 3262 кабинетах и на базе отделений областных, краевых, республиканских, центральных районных, районных и городских больниц, в клиниках научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. За период 2004-2014 гг. число КВД уменьшилось более чем в 2 раза, с 318 до 139, восемь диспансеров были преобразованы в центры специализированных видов медицинской помощи (Курбанова А.А. с соавт., 2015, 2017).

В настоящее время медицинская помощь пациентам дерматовенерологического профиля оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н. За период 2004-2014 гг. в Российской Федерации наблюдалось снижение числа врачей-дерматовенерологов на 13,5% (с 10142 в 2004 г. до 8772 в 2014 г.), максимальные темпы снижения отмечены в 2011-2014 гг. В 2016 г. в медицинских организациях работали 8514 врачей-дерматовенерологов, из них 87,0% - в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и 13,0% – в стационарах. Несмотря на уменьшение абсолютного числа врачей-дерматовенерологов, показатель обеспеченности населения длительное время оставался на уровне 0,7 на 10 тыс. населения. Его снижение отмечено с 2012 г. и составило в 2016 г. 0,58 на 10 тыс. населения. За последние пять лет снижение показателя обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами составило 17,2%. Укомплектованность медицинских организаций врачами-дерматовенерологами в 2016 г. составляла 87,0% от штатного расписания: в подразделениях, стационарного типа – 90,0%, в амбулаторной сети – 87,0%. Коэффициент совместительства врачей в 2016 г. уменьшился до 1,2 (Жильцова Е.Е., Коновалов О.Е., 2013; Кубанова А.А.,

2017).

Число коек дерматовенерологического профиля в Российской Федерации продолжает снижаться. За период 2004-2014 гг. было сокращено 9704 дерматовенерологических койки (45%), в результате в 2014 г. в медицинских организациях Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», всего было развернуто 11794 койки, из них 9016 дерматологических (7490 – для взрослых и 1526 – для детей) и 2778 венерологических (2660 – для взрослых и 118 – для детей) (Ресурсы..., 2014).

Интенсивное внедрение стационарзамещающих технологий было проведено в 2014 г. в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология». Коечный фонд дневных стационаров по сравнению с 2013 г. был увеличен на 40% (число коек дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, было увеличено на 17,6%, число койко-мест дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях – на 74,6%). В результате реструктуризации коечного фонда число развернутых в 2014 г. коек и койко-мест дневных стационаров составило 1864, при числе сокращенных в 2014 г. коек круглосуточных стационаров 1198. Внедрение стационарзамещающих технологий способствовало достижению основной цели развития отрасли здравоохранения – повышению доступности медицинской помощи населению, в данном случае – оказываемой в условиях дневного стационара. В 2014 г. на фоне уменьшения числа больных, получивших лечение в круглосуточных стационарах по сравнению с предыдущим годом (на 4,5%), число больных, пролеченных в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, увеличилось на 23,0%, а в амбулаторных условиях – на 72,0%, что свидетельствует о высокой востребованности у пациентов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров. Данная тенденция – снижение числа круглосуточных коек

дерматовенерологического профиля и увеличение числа коек и койко-мест в дневных стационарах – продолжается и в настоящее время (Кубанова А.А., 2015, 2017). В 2016 г. общий коечный фонд дерматовенерологического профиля в Российской Федерации составил 16807 коек (в условиях круглосуточного стационара – 10119, в условиях дневного стационара — 6688 коек), показатель обеспеченности койками – 0,69 на 10 тыс. населения; работа койки возросла на 3,3% (с 297 в 2004 г. до 312 дней в 2016 г.); средняя длительность пребывания на койке за 3 года (2014-2016) снизилась на 12,7% и составила 14,5 дней, оборот койки вырос на 12,7% (до 21,5) (Кубанова А.А., 2017).

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», медицинская помощь оказывается в виде: первичной медико–санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. При этом первичная медико-санитарная помощь предусматривает проведение мероприятий по профилактике, диагностике, лечению дерматовенерологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни. Обращает внимание ежегодное снижение числа визитов пациентов к врачам-дерматовенерологам (в 2008 г. – 50,4 млн, в 2016 г. – 45,0 млн посещений, на 10,7%) (Кубанова А.А., 2017).

Е.В. Морозова и О.Б. Чертухина (2014) рассмотрели обеспечение доступности и междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи по профилю « дерматовенерология» на примере Самарского областного кожно-венерологического диспансера.

Г.Г. Вафина с соавт. (2011) дали оценку инновационных моделей, использованных в организации дерматовенерологической службы г. Казани. Авторы изучили данные Республиканского кожно- венерологического диспансера с использованием статистических, экспертных методов и моделирования и показали, что оказание квалифицированной лечебной и

профилактической дерматовенерологической помощи в современных условиях невозможно без разработки и внедрения новых организационных форм работы. Определенный вклад в распространение ИПППП в республике принадлежит уязвимым группам населения: работникам сферы сексуальных услуг, потребителям инъекционных наркотиков, лицам без определенного места жительства, заключенным, мигрантам, беспризорным детям. Инновационные модели организации медицинской помощи вышеперечисленным лицам в диспансере позволяют реализовывать один из основных принципов дерматовенерологии: 24 часа от выявления инфекций, передающихся половым путем, до начала лечения и противоэпидемических мероприятий.

Особую важность в дерматовенерологической практике приобретают этические проблемы. Е.Е. Жильцова (2013) представила результаты социологического опроса 578 пациентов КВД Рязанской области по вопросам удовлетворенности больных полученной помощью и условиями ее получения, отношением медицинских работников, этико-деонтологическим и правовым проблемам оказания дерматовенерологической помощи населению. Опрос показал, что большинство пациентов (82,9%) довольны своим лечащим врачом, 9,7% довольны не вполне, 6,2% – затруднились ответить; полное недовольство – высказали только 1,2% респондентов. В качестве причин той или иной степени недовольства лечащим врачом были отмечены: излишняя торопливость и поспешность при осмотрах – 25,6%, недостаточное внимание – 9,2%, неумение расположить к себе больного – 5,5%, излишняя медлительность – 2,4%. В единичных случаях отмечались грубость врача (в 1,7%), неаккуратность при манипуляциях и низкая компетентность врача (по 0,7%). Около одной трети пациентов не были удовлетворены мерами, гарантирующими сохранение в тайне вопросов, обсужденных в дерматовенерологическом учреждении, 9% пациентов отметили недостаточную деликатность лечащего врача, что в дерматовенерологической практике должно быть недопустимым.

С позиций системного подхода и системного анализа региональную дерматовенерологическую службу относят к большим медицинским системам, проблемы управления которыми имеют целый ряд особенностей, что необходимо учитывать при разработке новых научно-практических направлений (Чумичев Е.А., 2009). К ним, в первую очередь, относят зависимость заболеваемости населения ИПППП, деятельности специализированных лечебно-профилактических учреждений, объемов и качества предоставляемой помощи от устойчивого (стабильного) финансирования и обеспеченности ресурсами региональной системы здравоохранения. Эти особенности необходимо учитывать при разработке эффективного механизма управления на всех уровнях региональной системы здравоохранения, проводить научно-практическое обоснование с ориентацией на анализ динамики заболеваемости населения ИПППП и ресурсного обеспечения этой социальной среды.

Проведенный Е.В. Морозовой и О.Б. Чертухиной (2014) экспертный анализ состояния диспансерного наблюдения и результативности оказания специализированной медицинской помощи больным хроническими дерматозами показал, что необходима адаптация и внедрение новых методических рекомендаций по диспансерному наблюдению больных с хроническими заболеваниями кожи. Авторы отмечают, что при реализации мероприятий по диспансеризации пациентов дерматовенерологического профиля в рамках междисциплинарной работы ожидаемая экономия кожно-венерологических диспансеров Самары и Самарской области составит около 700 тыс. руб. в год. Актуальна разработка и внедрение алгоритма междисциплинарного взаимодействия между врачом-дерматовенерологом и врачами других специальностей в практическую деятельность медицинских организаций Самарской области, что позволит достичь эффективности в трех направлениях: социальной направленности (улучшение качества оказания медицинской помощи, повышение уровня удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи и доступностью, улучшение

преимущества в работе медицинских организаций), финансовой направленности (уменьшение денежных затрат при обследовании и лечении пациента за счет отсутствия дублирования анализов) и организационно-управленческой направленности (решение проблем взаимодействия в оптимальные сроки).

С целью проведения мониторинга заболеваемости населения Российской Федерации заразными кожными заболеваниями и инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, а также оценки ресурсного потенциала медицинских организаций по профилю «дерматовенерология» в ряде профильных медицинских организаций с 2007 г. используют информационную аналитическую систему «ИАС-ИПППП» (Кубанова А.А. соавт., 2009). Е.В. Пироговой (2012) изучены эффективность работы этой системы, причины, ограничивающие ее внедрение в качестве единой для профильных медицинских организаций. По заключению автора, внедрение информационных и телемедицинских технологий в деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля на современном этапе не сопровождается предварительным анализом соответствующих возможностей у профильных медицинских организаций, и отсутствие четкого алгоритма взаимодействия медицинских организаций при оказании таких услуг также затрудняет их использование.

Еще с 2004 г. (Гречко А.В., 2004) шла речь о необходимости создания единой системы социально-эпидемиологического мониторинга дерматовенерологической заболеваемости с участием всех заинтересованных служб; о разработке и внедрении единых стандартов лечебно-диагностической, диспансерной и эпидемиологической работы в отношении ИПППП для специалистов медицинских учреждений различного профиля; совершенствовании правового регулирования профилактики и контроля дерматовенерологической заболеваемости для деятельности всех заинтересованных служб и ведомств, в том числе, высших органов государственной власти, глав администраций, правоохранительных органов и

учреждений исполнения наказания, прокуратуры, народного образования, здравоохранения, средств массовой информации с четким юридическим определением их полномочий, прав и обязанностей. Все эти годы актуальным остается вопрос и качественной подготовки кадров руководителей кожно-венерологических учреждений, способных плодотворно работать в правовом, организационном и финансовом поле современной медицины.

Методика анализа и оценки качества дерматовенерологической помощи населению крупного города в условиях обязательного медицинского страхования была разработана еще в кандидатской диссертации Е.Ю. Муратовой (1996). Автором научно обоснованы принципы формирования стандартов разных видов дерматологической помощи. В 2006 г. (Вислобоков А.В., 2006) основными проблемами в организации дерматовенерологической медицинской помощи на селе считали низкую обеспеченность врачами первичного звена сельских медицинских учреждений, центральных районных больниц в отдаленных и небольших районных центрах при высокой концентрации медицинских работников в областных городах в учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь; усиление оттока ведущих специалистов из сельской местности в города; высокий процент совмещения дерматовенерологических ставок медицинскими работниками других профилей; высокий процент диагностических ошибок сифилиса при первичном обращении больных к дерматовенерологам и врачам смежных специальностей; удаленность большинства населенных пунктов от областных специализированных лечебных учреждений и, как следствие, низкий процент сельских жителей среди посетителей КВД, но с высокой зависимостью выявления ($r = 0,75$) больных сифилисом сельских жителей от посещения ими специализированных ЛПУ; дефекты активного выявления больных и эпидемической работы в очагах; уменьшение объемов обследования контактов больных.

Исследования в области дерматовенерологии проводятся многие годы. Большинство авторов признает одним из первоочередных мероприятий в

борьбе с распространением дерматовенерологических заболеваний повышение санитарной культуры населения, особенно детей и подростков, а также бесплатную раздачу средств индивидуальной профилактики ИПППП (Аковбян В.А. с соавт., 1995). В ряде работ выявлен крайне низкий уровень знаний населения, в особенности подростков, о путях передачи, клинических проявлениях и профилактике ИПППП (Лившиц Р.Е. с соавт., 1990; Пасечник К.В. с соавт., 1990). При опросе 370 учащихся 10-х классов нескольких школ Санкт-Петербурга было обнаружено, что, хотя 20% девушек и 31% юношей уже вступали в интимные отношения, респонденты имели искаженные представления о сексуальных отношениях и почти ничего не знали о методах профилактики заражения ИПППП и ВИЧ; в то же время многие из них (особенно юноши) оценивали свои знания как полные или достаточные (Lunin I. et al., 1995). Низкий уровень гигиенического воспитания девочек и девушек–подростков отмечен также М.М. Васильевым (1995) в Новгородской области, А.А. Наумовой (1996) в г. Якутске и другими авторами. Организации, методам и содержанию антивенерической пропаганды среди различных групп населения посвящены статьи, датированные еще 1985-1988 гг. (Волкославской В.Н. с соавт., 1985; Лещенко Г.М. с соавт., 1988).

Большое внимание дерматовенерологическим проблемам уделяется и в зарубежной научной литературе. «Традиционные» венерические заболевания, по выражению D. Fredman (1994), «выходят из тени ВИЧ-инфекции», играют значительную роль как маркеры социального поведения, способствующего заражению СПИДом. ИПППП (по зарубежной терминологии – sexually transmitted diseases, STD) относятся к числу наиболее распространенных в мире инфекционных заболеваний, хотя точные данные по заболеваемости отсутствуют (Sexually..., 1990). Многие авторы обсуждают вопросы диагностики, лечения и эпидемиологии сифилиса, гонореи и других ИПППП в мире (De Schryver A. et al., 1990; Say P.J., 1993; Petzoldt D., 1994; Kilmarx P.H. et al., 1995), а также в отдельных странах и регионах. Это распространенность инфекционного и врожденного сифилиса в Англии (Infectious..., 1994), тенденции

заболеваемости сифилисом в Канаде за 1981-1992 гг. (Giglia L. et al., 1994), рост числа случаев сифилиса в штате Миссури, в том числе вспышка в г. Сент-Луис (Hamm R. et al., 1994), влияние заболеваемости гонореей на здоровье населения Великобритании (Vithayathil K. et al., 1994), влияние современных средств диагностики и лечения, а также компьютерной обработки информации на прогноз распространения ИППП в единой Европе в преддверии 2000 г. (Fredman D., 1993), снижение заболеваемости сифилисом и гонореей в Нидерландах во второй половине 1980-х гг. (Treurniet H.F. et al., 1993).

Так же, как и российские ученые, зарубежные авторы выделяют медико-социальные и социально-психологические факторы, воздействующие на распространенность дерматовенерологических болезней. Так, к факторам, способствующим развитию «незамечаемой эпидемии» гонореи в сельской местности юго-востока США, J.C.Thomas et al. (1996) относят более низкий уровень жизни и меньшие возможности медицинской службы по сравнению с городами, распространение «секса за наркотики», а также недостаточную анонимность борьбы с венерическими заболеваниями. Американский эпидемиолог J. Alders в своем выступлении на 11-й конференции Международного общества по изучению болезней, передающихся преимущественно половым путем (1993), отметила колоссальную разницу в заболеваемости сифилисом между белым и черным населением США: 1,2 и 37,3 случая на 100 тыс. населения, соответственно, что она объясняет различиями культурного и образовательного уровня (Аковбян В.А. с соавт., 1996).

Важно отметить, что в нашей стране пациенты с кожными и венерическими заболеваниями получают медицинскую помощь не только в кожно-венерологических диспансерах. Пациенты с данными заболеваниями, в том числе являющимися сопутствующими, могут быть госпитализированы и в многопрофилиные стационары, причем, нередко – по экстренным показаниям, связанными с основным заболеванием.

В Российской Федерации создана и функционирует система оказания

населению скорой медицинской помощи (СМП) с развитой инфраструктурой. Оказание медицинской помощи населению при внезапных заболеваниях и угрожаемых жизни состояниях, в том числе в чрезвычайных ситуациях, является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения (Багненко С.Ф. и соавт., 2012, 2013, 2014; Барсукова И.М. 2017, Котенко П.К., 2018). Рост травматизма, увеличение числа социально обусловленных заболеваний в России в начале XXI в. в существенной степени актуализировали вопросы оказания экстренной медицинской помощи (Кузьмин А.Г., 2011). Сегодня система оказания СМП имеет большой ресурсный потенциал, она включает в себя свыше 2,2 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи, в которых работают более 15-20 тысяч врачей и свыше 90 тысяч средних медицинских работников; ежегодно подразделения СМП выполняют более 45 млн вызовов. Тем не менее, сложившаяся система ее организации все еще не обеспечивает необходимой эффективности работы. На протяжении многих лет актуальным остается комплексное решение проблем системы оказания СМП: повышения ее доступности и качества, выравнивания условий предоставления в регионах страны, обеспечения эффективного использования ресурсов (Карпеев А.А., 1999; Тайц Б.М., 1999; Карпеев А.А., Мыльникова Л.А., 2001, 2002; Осипов А.Н., 2002; Мыльникова Л.А. и соавт., 2002; Михайлова Л.А., 2002; Додонова И.В. с соавт., 2013; Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Елохин В.В., 2016, Барсукова И.М., 2017).

Современный этап развития системы скорой медицинской помощи характеризуется совершенствованием ее оказания в экстренной и неотложной форме, в том числе, развитием госпитального (стационарного) этапа. Этот процесс регламентирован Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н. При сохранении тенденции к сокращению коечного фонда стационаров на фоне устойчивого роста госпитализации совершенствование организационных технологий оказания

скорой помощи на госпитальном этапе является важной составляющей повышения качества оказания медицинской, в т.ч. скорой помощи населению страны (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2014, 2015, 2017; Алимов Р.Р. с соавт., 2013). Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи должно стать оказание экстренной помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов (Суслонova Н.В., 2010).

Высокий уровень госпитализации сопровождается значительным увеличением интенсивности работы стационаров СМП, работой сверх нормативного уровня загрузки. Приемные отделения учреждений также испытывают перегрузку и, порой, не справляются с нарастающим входящим потоком больных и пострадавших. В условиях дефицита коечного фонда и ограниченных финансовых ресурсов это создает реальную угрозу доступности, оперативности и качеству оказания медицинской помощи (Парфенов В.Е. и соавт., 2018; Барсукова И.М., 2017).

Вместе с тем, современные требования к технологии оказания экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе скорой медицинской помощи предусматривают медицинскую сортировку потока обратившихся; раннее синдромальное лечение, начинающееся параллельно с диагностикой вне зависимости от степени тяжести состояния пациентов; госпитализацию пациентов с установленным нозологическим диагнозом, подтвержденным инструментальными и лабораторными методами, требующим применения высокотехнологичных методов лечения или диагностики; динамическое наблюдение за пациентами для уточнения диагноза и краткосрочное неспециализированное лечение (Барсукова И.М., 2017).

Опыт зарубежных стран убеждает, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на стационарном этапе отделения скорой медицинской помощи (emergency department, отделение экстренной медицинской помощи) (далее – СтОСМП).

Преемственность оказания СМП на догоспитальном и госпитальном этапах, их организационное взаимодействие связано с наличием единой лечебно-диагностической технологии оказания СМП вне зависимости от вида заболевания, травмы или отравления, возраста и социального статуса пациента. СтОСМП организуют на месте ранее существовавшего приемного отделения как структурное подразделение многопрофильного стационара с коечной мощностью не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших), нуждающихся в оказании СМП. СтОСМП оказывает СМП на госпитальном этапе, а также на догоспитальном этапе (при наличии выездных бригад СМП, входящих в структуру отделения).

Ключевым понятием, лежащим в основе организации работы СтОСМП, является *медицинская сортировка* - распределение больных и пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях. Она распространяется на все звенья технологии оказания медицинской помощи, является непрерывным процессом организации всех технологических элементов помощи (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2014, 2015, 2017, 2018).

Изучение отечественного и зарубежного опыта организации работы на госпитальном этапе СМП позволило выделить следующие основные положения концепции создания СтОСМП в многопрофильном стационаре: обеспечение организационных алгоритмов работы СтОСМП (архитектурно-планировочное решение, койки СМП, штаты, оборудование и оснащение, лекарственные средства и медицинские изделия); наличие современной, компактно расположенной, территориально приближенной к поступающим пациентам диагностической службы, обеспечивающей рациональное движение потоков пациентов и работающей в круглосуточном режиме; распределение больных (пострадавших) в условиях СтОСМП в зависимости от степени тяжести их состояния на потоки поступления путем проведения медицинской

сортировки; использование лечебно-диагностических алгоритмов оказания медицинской помощи СтОСМП в зависимости от потоков поступления, обеспечивающих оптимальную последовательность и объем медицинских услуг; динамическое наблюдение за состоянием пациента в условиях СтОСМП для уточнения нозологического диагноза; краткосрочное лечение в условиях СтОСМП больных (пострадавших), не требующих специализированного лечения в условиях стационара; готовность к оказанию СМП на догоспитальном этапе выездными врачебными бригадами СМП отделения (при их наличии в структуре подразделения), в том числе проведение медицинской эвакуации пациентов (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2014, 2015, 2017, 2018)..

Распределение обследованных пациентов осуществляется с учетом степени тяжести состояния, обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи. По показаниям пациентов направляют: на амбулаторно-поликлиническое лечение (с уточненным диагнозом и рекомендациями); в общепрофильное отделение с койками СМП суточного или кратковременного пребывания (для дополнительного обследования, лечения и динамического наблюдения); в специализированные отделения многопрофильного стационара (для обследования, лечения и наблюдения врачами-специалистами по профилю патологии) (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2014, 2015, 2017, 2018)..

Разделение пациентов по степени тяжести предполагает выделение трех основных потоков больных (зеленый, желтый, красный), которым соответствуют зоны в СтОСМП. Определены критерии распределения больных (пострадавших) по срочности оказания экстренной помощи с последующим ее распространением на все этапы выполнения лечебно-диагностических алгоритмов. Для каждого из потоков предусмотрен свой маршрут движения, который является неотъемлемым элементом алгоритма оказания скорой медицинской помощи пациентам в условиях СтОСМП. Пациенты различных

потоков получают медицинскую помощь (ожидают ее получения) в соответствующих обособленных зонах. Профиль коек скорой медицинской помощи введен приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» и включают койки СМП краткосрочного пребывания (для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение 3 суток) и койки СМП суточного пребывания (для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение 1 суток) (Багненко С.Ф. с соавт., 2012, 2013, 2014; Мирошниченко А.Г., 2013; Барсукова И.М., 2014, 2015, 2017, 2018).

Созданные по такому принципу приемные отделения позволяют более эффективно: проводить медицинскую сортировку пациентов по тяжести состояния, что способствует рациональному использованию лечебно-диагностического потенциала, приоритетному оказанию экстренной помощи нуждающимся больным; обеспечивать круглосуточную доступность диагностической базы, выполнять срочную диагностику патологических состояний, повысить оперативность оказания медицинской помощи; обеспечить кратковременное наблюдение и лечение пациентов, не нуждающихся в специализированном стационарном лечении; сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, способствуя, тем самым, оптимизации режима их функционирования, повышению эффективности использования коечного фонда и ресурсов (И.М. Барсукова, 2017, 2018).

Медицинская помощь в стационарных условиях в настоящее время является наиболее ресурсоёмким сектором здравоохранения. В стационарах сосредоточены основные материальные ценности отрасли (дорогостоящее оборудование, аппаратура и т.д.), на содержание организаций этого типа тратится в среднем 60-80% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение. Развитие стационарной помощи в последние десятилетия шло по пути перехода от общепрофильных отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным

учреждениям на 600-1000 коек. По мнению В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова (1993), крупные больницы имеют ряд преимуществ, которые заключаются в больших возможностях развития специализированных, в т.ч. узкоспециализированных, видов медицинской помощи, рационального использования высококвалифицированных кадров, дорогостоящего лечебно-диагностического оборудования, медицинской техники, вспомогательных лечебно-диагностических отделений и служб, экономических преимуществ. Однако, сверхмощные многопрофильные больницы (на 1200 и более коек) имеют и ряд недостатков, в частности, сложности в управлении. Оптимальной мощностью больницы следует считать 600-800 коек. Концентрация материально-технических и кадровых ресурсов в специализированных отделениях больниц позволяет в полном объеме использовать современные медицинские технологии. В результате этого достигается наиболее высокая адекватность, эффективность и экономичность медицинской помощи (Медик В.А., Юрьев В.К., 2002; Кузьмин А.Г. соавт., 2012).

Стационар скорой медицинской помощи организуют в установленном порядке в крупных городах с населением не менее 300 тыс. жителей. В городах с численностью проживающего населения более 600 тыс. человек могут создаваться несколько больниц скорой помощи с зонами обслуживания не менее 300 тыс. человек (Стародубов В.И. с соавт., 2003). Мощность больницы скорой медицинской помощи определяется потребностью населения в экстренной госпитализации, численностью населения зоны ее обслуживания с учетом демографических, социально-экономических, медико-организационных факторов, фактического обеспечения населения коечным фондом, его специализацией и др., и составляет 500 коек (Калининская А.А. с соавт., 2003; Блохин А.Б. с соавт., 2009).

Основными задачами больницы скорой медицинской помощи являются: оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим при угрожающих жизни состояниях, требующих реанимации и интенсивной терапии; выполнение организационно-методической и консультативной

помощи лечебно–профилактическим учреждениям зоны обслуживания в деятельности по вопросам организации экстренной медицинской помощи; осуществление мероприятий по постоянной готовности больницы к работе в чрезвычайных условиях при массовых поступлениях пострадавших в городе; обеспечение преемственности со всеми лечебно-профилактическими учреждениями города в оказании экстренной медицинской помощи больным на догоспитальном и госпитальном этапах; анализ качества оказания экстренной медицинской помощи и оценка эффективности деятельности больницы и ее структурных подразделений, а также других лечебно-профилактических учреждений, занятых в оказании скорой медицинской помощи в зоне обслуживания; анализ потребности населения зоны обслуживания в экстренной медицинской помощи на всех ее этапах; организация систематической работы по совершенствованию знаний, навыков и умений, повышению квалификации и деонтологическому воспитанию врачей и среднего медицинского персонала; проведение санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения по формированию здорового образа жизни, оказанию само- и взаимопомощи при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, своевременному обращению за экстренной медицинской помощью, по снижению заболеваемости, травматизма и смертности среди населения обслуживаемой территории (Елохин В.В., 2016; Нихоношин А.И., 2006; Стародубов В.И. с соавт., 2003; Стожаров В.В. с соавт., 2013; Архипов В.В., 2003).

Стационары многопрофильного типа отличаются более высокой технической оснащенностью, наличием большого количества специализированных отделений и подготовленного персонала, более интенсивным использованием коечного фонда и лучшими результатами лечения. Учитывая эти различия, Мыльникова Л.А. с соавт. (2002) делают вывод о необходимости коренного изменения организации оказания экстренной медицинской помощи путем поэтапного перевода всех основных ее видов на базу многопрофильных стационаров.

Практические и теоретические аспекты организации системы оказания скорой медицинской помощи за последние 20 лет на различных этапах изучались многими отечественными и зарубежными учеными. При этом значительное число публикаций посвящено проблемам совершенствования уровня и качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, значительно меньше работ – стационарам скорой медицинской помощи. Вместе с тем, вопросы повышения эффективности работы больниц скорой медицинской помощи в современных социально-экономических условиях при оказании медицинской помощи пациентам с сопутствующей дерматовенерологической патологией до сих пор оставались без должного внимания. Они требуют всестороннего изучения. Проведенный анализ научной литературы подтверждает важность многостороннего исследования проблем оказания дерматовенерологической помощи пациентам многопрофильного стационара скорой медицинской помощи. Результаты комплексного изучения указанной проблематики представлены в настоящем исследовании.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение факторов, способствующих оптимизации показателей общественного здоровья, поиск путей повышения медико-социальной и экономической эффективности деятельности медицинских организаций возможно при проведении комплексных социально-гигиенических исследований, которые позволяют всесторонне проанализировать позитивные и негативные аспекты их деятельности, оценить эффективность проводимых преобразований, наметить направления дальнейшего совершенствования.

Материалом для исследования послужили:

1. Сведения о деятельности трех многопрофильных стационаров (Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Мариинская и Александровская больницы), работающих в режиме больниц скорой помощи (форма № 14 (годовая), утвержденная приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.07.2009 № 154), 2013-2017 гг.;

2. Медицинские карты стационарного больного (форма № 033/у, утв. Приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения») базового стационара скорой помощи (всего – 8100 карт, 2013-2017 гг.), в том числе:

2.1 4500 медицинских карт стационарного больного пациентов без ДВП (контрольная группа – I группа наблюдения);

2.2 1088 медицинских карт стационарного больного с – положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис (II группа наблюдения);

2.3 2512 медицинских карт стационарного больного пациентов, имевших в качестве сопутствующих кожные заболевания (III группа наблюдения).

3. Документация по учету работы врача-консультанта

(дерматовенеролога) в стационаре скорой помощи, 2013-2017 гг.:

3.1. Журнал регистрации серологических исследований (форма № 260/у в соответствие с приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»), 2013-2017 гг.

3.2. Журнал учета инфекционных заболеваний (кожи) (форма № 060/у в соответствие с приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»), 2013-2017 гг.

3.3. Журнал учета инфекционных заболеваний (ИПППП) (форма № 060/у в соответствие с приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»), 2013-2017 гг.

3.4. Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний (дерматовенеролога) (форма № 128/у в соответствие с приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 (ред. от 31.12.2002) «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»), 2013-2017 гг.

3.5. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, (форма № 025/у в соответствие с Приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н), 2013-2017 гг.

3.6. Годовые отчеты о работе врача-дерматовенеролога, 2013-2017 гг.

4. Нормативные правовые акты Российской Федерации, научные литературные источники (отечественные и зарубежные) по теме диссертации.

Использованы различные группы единиц наблюдения, общее число которых в данном исследовании составило 8100 единиц.

Изучаемые явления: объект исследования — деятельность медицинских организаций (стационаров) скорой помощи (при оказании медицинской помощи больным (пострадавшим) с сопутствующей дерматовенерологической

патологией), предмет исследования – являются структура, ресурсы и технология их функционирования.

Комплексный характер настоящего исследования определил необходимость научного наблюдения и анализа:

- специальной литературы, посвященной вопросам оказания специализированной дерматовенерологической медицинской помощи, страховой медицины, управления качеством медицинской помощи в России и за рубежом, нормативных документов и другие источники, включая интернет-ресурсы по теме исследования;

- статистических медицинских (структурных, объемных, оперативных) и финансово-экономических показателей деятельности медицинских организаций (стационаров) скорой помощи при оказании медицинской помощи больным (пострадавшим) с сопутствующей дерматовенерологической патологией.

Характеристика базы исследования. Базой проведенного исследования послужили три крупных многопрофильных стационара, расположенные в разных районах Санкт-Петербурга и работающие в режиме больниц скорой помощи (Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Мариинская и Александровская больницы). Число среднегодовых коек в изученных стационарах колебалось (2013-2017 гг.) и составило: 769-883 – в первом, 900 – во втором, 1120-1150 — в третьем стационаре (таблица 2.1). Число поступивших больных в разных стационарах в изученный период времени колебалось от 61853 до 81309 человек. Доля больных, поступивших и госпитализированных по экстренным показаниям, высокая и имеет тенденцию к дальнейшему росту в каждом из трех стационаров.

Во всех трех стационарах была изучена доля больных, поступивших по экстренным показаниям и имевших положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис. Такая доля в разных стационарах в разные годы колебалась в пределах 1,7-3,5%.

Таблица 2.1 – Некоторые показатели работы базовых стационаров скорой помощи

Стационар скорой помощи	I		II		III	
Год	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Среднегодовое число коек	769	883	900	900	1150	1120
Поступило больных (абс. число)	64573	69930	61853	65583	79955	81309
из них госпитализировано, %	59,4	52,7	63,9	60,2	58,4	56,4
из числа госпитализированных поступили в экстренном порядке, %	96,8	98,2	68,8	73,0	88,5	88,6
Обследованы: МРП и ИФА на сифилис, %	100	100	80,9	82,3	100	100
в том числе, реакция положительная, %	2,80%	2,00%	1,70%	2,20%	3,50%	2,70%

В силу большого числа наблюдений (поступивших в стационар больных) средняя ошибка показателя представляется крайне незначительной. Например, в первом стационаре в 2013 г. средняя ошибка показателя (процент больных, имевших положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис) составляет 0,04%, а в 2017 г. – 0,05%. Следовательно, доверительный интервал данного показателя будет равен в 2013 г. – 2,72-2,88%, а в 2017 г. – 1,9-2,1%.

В первом стационаре было проведено углубленное исследование больных, имевших помимо основного диагноза, послужившего причиной направления в больницу скорой помощи, либо положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис, либо кожное заболевание, требующее консультации врача-дерматовенеролога. Выбор был обусловлен тем, что в данном стационаре наблюдалась наиболее высокая доля (96,8-98,2%) больных, госпитализированных по экстренным показаниям.

Базовый стационар имеет 36 медицинских отделений по 18 профилям, в том числе: терапии, неврологии, кардиологии, кардиологии для больных острым инфарктом миокарда (в составе регионального сосудистого центра), острых отравлений, нефрологии, соматопсихиатрии, хирургии, гинекологии, эндовидеохирургии, травмы, сочетанной травмы, нейрохирургии, урологии, кардиохирургии, анестезиологии и реаниматологии, термической травмы,

торакоабдоминальное. Была изучена деятельность отделений стационара за 5–летний период (2013-2017), она характеризовалась следующими показателями (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Основные показатели хирургической работы I базового стационара скорой помощи

Показатели			Число пролеч. больных	Число оперир. больных	Хирург. акт–ть, %	Послеопер. лет–ть, %	Число операций
Абсолютное число	Год	2013	43350	11639	26,8	5,9	15928
		2014	41400	12050	29,1	5,1	16070
		2015	40906	12430	30,4	4,7	16657
		2016	38660	12921	33,4	4,5	18036
		2017	36694	12639	34,4	6,2	16920
	+/-	абс. знач.	–6656	1000	7,6	0,3	992
		%	–15,35	8,59	28,36	5,08	6,23
Показатели наглядности	Год	2013	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		2014	95,5	103,5	108,6	86,4	100,9
		2015	94,4	106,4	113,4	79,7	104,6
		2016	89,2	111,0	126,5	76,2	113,2
		2017	84,6	108,6	128,4	105,0	106,2

Обращает на себя внимание снижение количества пролеченных больных с течением времени (на 15,4%) при одновременном увеличении числа оперированных больных (на 8,6%) и увеличении хирургической активности на 28,4% (уровень 2017 г. составил 128,4% от уровня 2013 г.), что свидетельствует о повышении профильности госпитализированных больных, оптимизации использования ресурсов.

Из общего числа пролеченных больных 1/3 (33,6%) составили больные, госпитализированные в отделения терапевтического профиля, а 66,4% – в отделения хирургического профиля.

Таблица 2.3 – Число больных, пролеченных в основных отделениях стационара, 2013-2017

Отделение	Год					Доля в общей стр-ре, 2017, %	Динамика 2013-2017 гг.	
	2013	2014	2015	2016	2017		абс. знач.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Терапия	1565	1596	1614	1666	1540	4,2	–25	–1,6
Неврология	1504	1460	1473	1521	1213	3,3	–291	–19,3
Кардиология	2091	1946	1870	321	300	0,8	–1791	–85,7
Кардиология для больных ОИМ	2227	2041	2074	2348	2186	6,0	–41	–1,8
Острых отравлений	5632	5216	4876	4446	4351	11,8	–1281	–22,7
Нефрология	1288	1285	1283	1268	1238	3,4	–50	–3,9
Сомато–психиатрия	719	856	961	1076	1080	2,9	361	50,2
Хирургии	9973	9106	8450	8233	8134	22,2	–1839	–18,4
Гинекология	5907	5901	5954	5783	5176	14,1	–731	–12,4
Эндовидео–хирургия	903	922	964	892	919	2,5	16	1,8
Травматологи–ческое	2944	2702	2776	2484	2313	6,3	–631	–21,4
Сочетанной травмы	1224	1101	1037	1053	1012	2,8	–212	–17,3
Термических поражений	702	846	1204	1243	1142	3,1	440	62,7
Нейрохирургия	1467	1431	1407	1108	992	2,7	–475	–32,4
Торако–абдоминальное	1657	1661	1678	1178	1100	3,0	–557	–33,6
Урология	2069	1928	1905	1855	1684	4,6	–385	–18,6
Кардиохирургии	0	0	0	724	858	2,3	858	0
Анестезиология и реанимация	1308	1292	1271	1394	1391	3,8	83	6,3
Другие отделения	170	110	109	67	65	0,2	–105	–61,8
Всего	43350	41400	40906	38660	36694	100,00	–6656	–15,4

Основные объемы работы были в отделениях «Хирургия» (22,2% в общей структуре), «Гинекология» (14,0%), «Острых отравлений» (11,8%). Число больных, пролеченных в изученный период в отделениях разного профиля, представлено в таблице 2.3. Следует отметить значительные колебания по профилю числа поступающих больных (пострадавших). Обращает внимание увеличение числа пациентов ожогового (+62,7%) и соматопсихиатрического (+50,2%) профиля при значительном снижении числа кардиологических больных (–85,7%).

Программа исследования. Для организации диссертационного исследования была разработана программа (рисунок 1; таблица 2.4), направленная на достижение обозначенных целей и задач.



Рисунок 1 – Программа исследования

Таблица 2.4 – Программа исследования

Цель: совершенствование организации медицинской помощи больным с сопутствующей дерматовенерологической патологией (ДВП) в стационаре скорой медицинской помощи (СМП)		
Задачи	Материалы	Методы
1. Изучить особенности оказания медицинской помощи пациентам с сопутствующей ДВП в стационаре СМП	- Работы отечественных и зарубежных авторов, нормативные документы РФ (n=280). - Сведения о деятельности 3-х многопрофильных стационаров, работающих в режиме больниц СМП (форма № 14 (годовая)), 2013-2017 гг.	Метод контент-анализа Исторический и статистический методы
2. Изучить распространенность, медико-статистическую и социально-гигиеническую характеристики больных с сопутствующей ДВП среди пациентов многопрофильного стационара СМП	- Сведения о деятельности 3-х многопрофильных стационаров, работающих в режиме больниц СМП (форма № 14 (годовая)), 2013-2017 гг. - Статистические карты пациентов, на которые были выкопированы необходимые сведения из изученных медицинских карт стационарного больного (2013-2017 гг.): n=4500 – без ДВП (I группа); n=1088 – с МРП и ИФА (+) (II гр.); n=2512 – с ДП (III группа) - Журнал регистрации серологических исследований (ф. № 260/у); - Журнал учета инфекционных заболеваний (кожи, ИПППП) (ф. № 060/у); - Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний (дерматовенеролога) (ф. № 128/у); - Мед. карты пациентов, получающих мед. помощь в амбулаторных условиях (ф. № 025/у), 2013-2017 гг.	Статистический и аналитический методы
3. Проанализировать степень влияния сопутствующей ДВП на течение основного заболевания и экономические затраты стационара СМП	- Стат. карты пациентов, на которые были выкопированы необходимые сведения из изученных медицинских карт стационарного больного (2013-2017 гг.): n=4500 – без ДВП (I группа); n=1088 – с МРП и ИФА (+) (II гр.); n=2512 – с ДП (III группа)	Статистический и аналитический методы Метод экономического анализа
4. Предложить организационные мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с сопутствующей ДВП в стационаре СМП	Все указанные	Метод контент-анализа, Исторический, Статистический и аналитический методы Метод экономического анализа

Программа включала в себя последовательную реализацию 4-х основных этапов. Объекты исследования, методы и единицы наблюдения, источники получения информации соответствовали определенному этапу.

I этап исследования. На первом этапе на основе изучения отечественной и зарубежной литературы были представлены тенденции распространения кожных и венерических заболеваний среди населения в современных условиях. Изучена роль стационаров, в том числе стационаров скорой медицинской помощи, в выявлении больных с кожными и венерическими заболеваниями. Проведен анализ существующих современных лечебно-диагностических методик, применяемых для кожно-венерологической патологии, в том числе микрореакции преципитации (МРП) и иммунно-ферментативного анализа (ИФА).

II этап исследования. Второй этап исследования посвящен углубленному анализу медико-статистической характеристики больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, выявленными в результате обследования (при госпитализации), и больных с кожными заболеваниями, сопутствующими основному диагнозу, послужившему причиной экстренной госпитализации в больницу скорой медицинской помощи.

Для этого была разработана специальная статистическая карта, представленная в приложении 1, на которую были выкопированы все необходимые сведения из изученных медицинских карт стационарных больных. Больные с выявленными положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и с кожными заболеваниями за период наблюдения были изучены сплошным методом. Таким образом, были заполнены статистические карты на 1088 больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис (II группа) и 2512 карт на больных, имевших, кроме основного заболевания, в качестве сопутствующего заболевания кожные заболевания, требующие консультации врача-дерматовенеролога (III группа).

При анализе медико-статистической характеристики больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и сопутствующими кожными заболеваниями были изучены паспортные данные пациентов (пол, возраст, социальное положение), их медицинский маршрут (кем направлены в стационар скорой помощи, сроки поступления от начала заболевания, профиль отделения госпитализации), длительность пребывания в стационаре, исходы заболевания. Кроме того, были изучены оперативные вмешательства (количество операций, дата первой операции, время от поступления до первой операции), количество и вид инструментального исследования, в том числе лучевого, (электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС)), число различных лабораторных исследований крови и мочи (общих и специальных). Была изучена частота консультаций таких больных врачами—дерматовенерологами, терапевтами и другими специалистами.

По аналогичной программе были изучены 4500 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) пациентов, поступивших в стационар скорой медицинской помощи, но не имевших ни положительных реакций (МРП и ИФА) на сифилис, ни сопутствующих кожных заболеваний. Эти 4500 пациентов были отобраны методом случайной выборки и послужили контрольной группой (I группа).

Определение необходимого объема наблюдений при формировании выборочной совокупности для получения репрезентативных результатов было проведено по общепринятой формуле (2.1):

$$n = \frac{N}{\frac{N\Delta^2}{t^2} + 1}, \text{ где} \quad (2.1)$$

n – обоснованное число отбора единиц наблюдения,

N – генеральная совокупность,

Δ – коэффициент точности равный 0,03 (=0,015×2),

T – критерий достоверности ($=2$).

Расчеты необходимого объема наблюдений. В базовый стационар в изучаемый четырехлетний период было госпитализировано 159610 больных. Определенное по вышеуказанной формуле необходимое число медицинских карт стационарного больного составило:

$$n = \frac{159610}{\frac{15610 \times 0.0009}{4} + 1} = \frac{159610}{\frac{143649}{4} + 1} = \frac{159610}{35.91 + 1} = \frac{159610}{36.91} = 4324$$

Для исследования случайным образом были выбраны 4500 медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у), не имеющего сопутствующей дерматовенерологической патологии, что свидетельствует о вполне достаточной достоверности выборки.

III этап исследования. На третьем этапе исследования были изучены экономические аспекты деятельности стационара скорой медицинской помощи и влияние, которое оказывают на них сопутствующие кожные заболевания или выявленные положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис.

С этой целью на медицинские карты каждого стационарного больного (форма № 003/у) в течение всего периода его госпитализации наклеивали специально разработанные марки, которые позволяли учитывать расходы стационара на обследование, лечение и питание каждого больного в соответствии с назначенными ему инструментальными, лабораторными исследованиями, проведенными оперативными вмешательствами, используемыми медикаментами и медицинскими изделиями (в том числе – затратами на перевязочные средства).

Доходы, полученные стационаром за лечение больного по системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и соответствующие расходы на оказание медицинской помощи таким больным учитывались по статьям расходов, предусмотренным в тот период только по системе ОМС: заработная плата персонала, начисления на зарплату, питание и медикаменты, перевязочные средства. Таким образом, данный анализ основной (большей)

части доходов и расходов стационара на оказание медицинской помощи (лечение и содержание) госпитализированных больных, не отражает реальный (полный) объем финансовых средств, но претендует на основную, наиболее значимую ее часть.

IV этап исследования. Четвертый этап исследования охватывает изучение различных аспектов работы врача дермато-венеролога базового стационара СМП в динамике 2013-2017 гг. (нормативно-правового, организационного, анализа лечебно-диагностической работы с акцентом на выявление и борьбу с распространением сифилиса, заразных кожных и паразитарных заболеваний в стационаре СМП).

При анализе медико-статистической характеристики больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ – X), нами была разработана рабочая классификация, которая включает абсолютное большинство заболеваний, по поводу которых больные в экстренном порядке поступают в больницу скорой помощи:

- новообразования;
- болезни крови, кроветворных органов;
- болезни эндокринной системы;
- болезни нервной системы;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- беременность;
- травмы, отравления;
- прочие заболевания.

Динамика сопутствующей дерматовенерологической патологии за последние два года представлена в таблице 2.5.

Таблица 2.5 – Динамика сопутствующей дерматовенерологической патологии по базовому стационару (№ 1), 2016-2017 гг.

Показатели	Год		Динамика, 2016-2017	
	2016	2017	абс. знач.	%
1	2	3	4	5
Всего поступило больных, человек	64573	69930	5357	8,30
из них госпитализировано, абс. число	38350	36828	–1522	–3,97
Доля госпитализированных, %	59,40	52,70	–0,067	–11,28
Выявлено больных с МРП и ИФА (+), абс. число	1820	1366	–454	–24,95
Доля пациентов с ИФА (+), %	2,82	1,95	–0,87	–30,69
сифилис выставлен впервые, абс. число (%)	4 (0,22%)	6 (0,44%)	2	50,00
лечение в больнице скорой помощи, человек	1	2	1	100,00
переведено в кожно-венерологический диспансер (КВД), человек	3	4	1	33,33
состоит на учете по сифилису в КВД, человек	153	127	–26	–16,99
Доля больных с установленным сифилисом при МРП и ИФА (+) (всего, %)	8,6	9,6	1	11,63
Количество больных, консультированных дерматовенерологом, абс. число	1615	1714	99	6,13
Доля больных, консультированных дерматовенерологом (от МРП и ИФА (+)), %	88,7	125,5	36,8	41,49
Нуждаются в дообследовании, абс. число	635	987	352	55,43
Доля больных, нуждающихся в дообследовании,%	34,9	72,3	37,4	107,16
Выявлена чесотка (случаев), абс. число	13	17	4	30,77
в том числе, у жителей Санкт-Петербурга	3	7	4	133,33
в том числе, у граждан Российской Федерации	2	3	1	50,00
в том числе, у жителей Ленинградской области	3	4	1	33,33
в том числе, у лиц без определенного места жительства (БОМЖ)	5	3	–2	–40,00

Обращает на себя внимание тот факт, что на фоне увеличения числа поступивших больных в течение года в базовый стационар на 8,3% количество госпитализированных пациентов снизилось на 4,0%, что свидетельствует, прежде всего, об увеличении контингента больных, получивших медицинскую помощь в приемно–диагностическом отделении стационара (стационарном отделении скорой медицинской помощи) и направленных для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Одновременно наблюдается тенденция к снижению числа больных с выявленными положительными серологическими реакциями на сифилис у поступивших в стационар на 1/3 (с 2,8% в 2015 г. до 2,0% в 2016 г.), что можно было бы объяснить улучшением эпидемической обстановки в Санкт-Петербурге по сифилису. Однако, доля больных с впервые установленным сифилисом из числа больных с положительными реакциями МРП и ИФА на сифилис выросла в два раза (с 0,2% до 0,4%), что может быть связано с улучшением диагностики данного заболевания при поступлении больных в стационар по экстренным показаниям.

Если суммировать число больных с впервые установленным в стационаре сифилисом и больных, состоящих на учете в КВД, то очевидно, что, несмотря на некоторое увеличение доли больных с положительной реакцией ИФА на сифилис (с 8,6% в 2016 г. до 9,6% в 2017 г.) частота сифилиса в изученных контингентах больных, поступивших в стационар скорой помощи, имеет определенную тенденцию к снижению с 2,4% в 2016 г. до 1,9% в 2017 г., что также свидетельствует о снижении остроты эпидемической ситуации по сифилису в Санкт-Петербурге в настоящее время.

В то же время более чем в два раза (с 34,9% в 2016 г. до 72,3% в 2017 г.) выросла доля больных, имевших выявленные в стационаре положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис и нуждающихся в дообследовании. Такая тенденция требует усиления внимания к сопутствующей дерматовенерологической патологии в стационаре скорой медицинской

помощи. Об этом же свидетельствует и рост числа больных с выявленной в стационаре чесоткой (на 30,8% в течение двух лет).

Таким образом, программа исследования позволила изучить и оценить деятельность медицинских организаций (стационаров) СМП при оказании медицинской помощи больным (пострадавшим) с сопутствующей дерматовенерологической патологией, разработать и обосновать механизмы совершенствования их работы. Программа определила и методику проведения комплексного исследования.

Дизайн исследования: в основе работы лежит исследование, позволяющее оценить влияние сопутствующей дерматовенерологической патологии на медицинские и экономические показатели работы стационара скорой помощи.

При этом контрольной группой были пациенты стационара без сопутствующей ДВП (I группа). Группами сравнения были пациенты стационара СМП с сопутствующими венерологическими (II группа) и кожными (III группа) заболеваниями. В целом, диссертационное исследование охватывает 5-и летний период с 2013 по 2017 гг.

Таким образом, в исследовании была использована современная методика с применением в комплексе ряда методов: контент-анализа, исторического, экономического анализа, современных методов обработки статистического материала: расчет экстенсивных и интенсивных величин, средних арифметических и показателей с определением их достоверности и достоверности разности средних и показателей, показателей динамического ряда, стоимостных показателей, корреляционного анализа. Комплекс методов и методик использовали при сочетании изучения генеральной и выборочной совокупностей, что позволило реализовать цель и задачи исследования.

Статистическая обработка материалов исследования проведена в отделе вычислительной техники ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».

В процессе исследования использованы методы статистической обработки результатов исследования с помощью персонального компьютера (ACER Aspire MC605 с использованием операционной системы Windows 8) и пакетов прикладных программ для создания баз данных и статистической обработки (Microsoft Office Excel 2007.Irk). Полученные в процессе работы результаты обработаны с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 10 Лиц. BXXR310F964808FA–V), SPSS Statistics 17.0. Результаты статистических сводок и группировок оформлены в виде статистических таблиц и представлены в графической форме. Для визуализации структуры исходных данных и полученных результатов, их анализа использованы графические возможности модулей построения диаграмм системы Microsoft Office.

ГЛАВА 3.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Специализированная дерматовенерологическая медицинская помощь Российской Федерации является важной составляющей системы здравоохранения страны. Вместе с тем, кожные и венерологические заболевания являются проблемой и для многопрофильных стационаров, так как эти заболевания, с одной стороны, являются сопутствующими у ряда больных, требующих экстренной госпитализации по основному заболеванию, а с другой – нередко при болезнях кожи и ИППП требуется стационарное лечение в многопрофильном стационаре в связи с осложнениями, вызванными дерматовенерологической патологией.

В течение многих лет наблюдается тенденция к росту числа пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям. Среди больных, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи, существенная их доля имеет различные сопутствующие заболевания. В условиях крупного многопрофильного стационара скорой медицинской помощи, как правило, отсутствуют проблемы с оперативной организацией консультативной и лечебной помощи при сопутствующих заболеваниях по профилям, которые представлены в стационаре. Однако, в отношении ряда сопутствующих заболеваний, по профилю которых в стационаре нет соответствующих медицинских отделений и специалистов, дежурящих в круглосуточном режиме, консультативная и лечебная помощь представляет определенные проблемы. К таким сопутствующим заболеваниям относятся некоторые венерические, кожные и паразитарные болезни.

Распространенность дерматовенерологической патологии тесно связана с социально-экономическими условиями жизни населения. В связи с рядом изменений экономической ситуации в стране в конце XX – начале XXI веков

имеет место значимый уровень заболеваемости населения данной патологией и, соответственно, рост госпитализации этих пациентов по экстренным показаниям в стационары скорой помощи.

3.1 Медико-статистическая характеристика пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис

Несмотря на сравнительно небольшую долю (2,8%) больных, имеющих в качестве сопутствующего заболевания сифилис, среди всех больных, госпитализированных в стационар по экстренным показаниям, эпидемиологическое значение венерических заболеваний вызывает необходимость тщательного анализа данной группы больных (II группа).

В ходе исследования изучена половозрастная характеристика пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис. Половозрастная характеристика больных имеет особенности: она заметно отличается от возрастно-половой характеристики как больных без сопутствующей дерматовенерологической патологии (ДВП) (I группы), так и больных с кожными заболеваниями (III группы) (таблица 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис разного возраста по полу, %

Пол	Строка №	Возраст, лет				Итого	Средний возраст	m
		до 25	25–44	45–59	60 и старше			
Мужчины	1	39,0	42,9	37,6	34,4	40,9	39,5	0,21
Женщины	2	61,0	57,1	62,4	65,6	59,1	40,3	0,19
Всего		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	40,0	0,17
p* _{1,2}		<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	

*достоверность различий данных (строк № 1 и № 2)

Среди больных, у которых выявлены положительные реакции МРП и ИФА (далее – МРП и ИФА (+)) на сифилис, доля женщин (59,1%) оказалось практически в 1,5 раза больше, чем доля мужчин (40,9%) ($p < 0,01$). При этом преобладание женщин наблюдается во всех возрастных группах, а имеющиеся некоторые различия в доле женщин в разных возрастных группах

статистически незначимы ($t < 2$).

Возрастной состав больных, имеющих в качестве сопутствующего заболевания МРП и ИФА (+) на сифилис, несколько отличается у мужчин и у женщин. Несмотря на то, что у мужчин доля лиц в каждой возрастной группе достоверно ниже, чем у женщин, средний возраст мужчин (39,5 лет) и женщин (40,3 года) отличается недостоверно ($p > 0,05$).

Распределение больных по возрасту свидетельствует, что основную их часть (62,1%) составляют лица от 25 до 44 лет: 65,2% у мужчин и 60,0% у женщин. Существенную долю (27,9%) составляют больные в возрасте от 45 до 59 лет: 25,6% у мужчин и 29,4% у женщин. 2,9% приходится на пациентов старше трудоспособного возраста (60 лет и старше): 2,5% у мужчин и 3,3% у женщин.

Особое внимание уделено анализу социального статуса пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис. В характеристике социального статуса больных определенную роль играет их место жительства (таблица 3.1.2). Поэтому в особый социальный статус нами были выделены мигранты из стран СНГ и лица без определенного места жительства (БОМЖ).

Таблица 3.1.2 – Распределение больных разного возраста с выявленными положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, госпитализированных в стационар СМП, по социальному положению, %

Социальное положение	Возраст, лет				Р*	Итого
	до 25	25–44	45–59	60 и старше		
Столбец №	1	2	3	4	5	6
Работают	66,2	60,4	37,3	–	$p_{1,3} < 0,01$	52,6
Не работают	31,2	33,1	28,4	–	$p_{1,3} > 0,05$	30,7
Учащиеся	2,6	–	–	–		0,2
Пенсионеры	–	3,1	23,4	31,2	$p_{2,4} < 0,01$	9,4
Инвалиды	–	0,3	7,6	68,8	$p_{2,4} < 0,01$	4,3
БОМЖ	–	2,7	3,0	–	$p_{2,3} > 0,05$	2,5
Мигранты из СНГ	–	0,4	0,3	–	$p_{2,3} > 0,05$	0,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

*достоверность различий данных в столбцах

Более половины (52,6%) всех выявленных больных составляют работающие лица, почти треть – 30,7% – неработающие. Соотношение работающих и неработающих в разных возрастных группах трудоспособного возраста примерно одинаковое, а у лиц старше трудоспособного возраста, естественно, возрастает доля пенсионеров и инвалидов ($p < 0,01$). Так, если в среднем пенсионеры составляют 9,4% всех больных, а инвалиды 4,3%, то в группе лиц 45–59 лет пенсионеров 23,4%, а инвалидов 7,7%; в группе больных 60 лет и старше пенсионеры составили уже 31,2%, а инвалиды 68,8% ($p < 0,01$). Обращает на себя внимание, что на долю учащихся приходится только 0,2%. Естественно, среди лиц молодого возраста учащиеся занимают более существенную долю (2,6%), чем в среднем, но эта доля относительно невелика. В целом такие группы риска, как лица БОМЖ (2,5%) и трудовые мигранты из стран ближнего зарубежья (0,3%) составили сравнительно небольшую долю больных с сифилисом в качестве сопутствующего заболевания. И первые, и вторые относятся исключительно к категории лиц трудоспособного возраста: от 25 до 59 лет.

Выявлены и особенности распределение пациентов с МРП и ИФА (+) на сифилис по профилю основной патологии. Естественно, этот профиль связан с основным диагнозом, по поводу которого больной был направлен в стационар (таблица 3.1.3).

Из общего числа больных с МРП и ИФА (+) на сифилис во всех отделениях хирургического профиля выявлено более 3/4 (77,8%) пациентов, в том числе более половины (50,2%) – в хирургическом (24,1%) и гинекологическом (26,1%) отделениях. Менее существенная доля больных была госпитализирована в нейрохирургическое (6,8%), торакальное (4,7%) и травматологическое (4,0%) отделения.

В группе отделений терапевтического профиля выявлены 22,3% от общего числа больных с МРП и ИФА (+) на сифилис как сопутствующее заболевание.

Таблица 3.1.3 – Распределение больных с МРП и ИФА (+) на сифилис разными диагнозами по профилю отделения, %

Диагноз основного заболевания	Отделение																		
	Терапия	Кардиология	Неврология	Нефрология	Сомато–психиатрия	Острый инфаркт миокарда	Острых отравлений	Хирургия	Гинекология	Нейрохирургия	Травматология	Сочетанной травмы	Торакоабдоминал.	Урология	Ожоговое	Эндокринология	Кардиохирургия	Анестезиология и реанимация	Итого
Новообразования	–	–	–	6,7	–	–	–	6,7	–	–	–	–	53,3	6,7	–	13,3	–	13,3	100,0
Психические расстройства	–	–	–	–	65,9	–	25,0	–	–	–	–	–	–	–	9,1	–	–	–	100,0
Болезни нервной системы	–	–	54,8	–	–	–	–	–	–	45,2	–	–	–	–	–	–	–	–	100,0
Болезни системы кровообращения	–	9,8	4,4	1,0	–	16,7	10,3	35,1	20,2	2,0	–	–	–	–	–	–	0,5	–	100,0
Болезни органов дыхания	–	–	–	–	–	–	63,9	–	–	–	–	–	2,8	–	33,3	–	–	–	100,0
Болезни органов пищеварения	11,0	–	–	–	–	–	7,8	72,3	–	–	–	2,6	4,7	–	–	1,6	–	–	100,0
Болезни мочеполовой системы	–	–	–	7,5	–	–	–	–	68,3	–	–	3,2	7,5	11,7	0,7	0,3	–	0,8	100,0
Беременность	–	–	–	–	–	–	–	–	100,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100,0
Травмы	–	–	–	–	0,5	–	–	24,6	–	26,6	20,9	8,5	5,7	–	8,5	–	–	4,7	100,0
Прочие заболевания	19,3	5,9	1,0	5,9	3,8	–	1,0	3,0	6,9	5,9	17,6	11,8	12,0	–	–	–	–	5,9	100,0
Всего	3,2	1,9	2,7	2,3	2,7	3,1	6,4	24,1	26,1	6,8	4,0	3,1	4,7	3,1	3,7	0,6	0,1	1,4	100,0

Наибольшая доля таких больных оказалась в отделении для больных с острыми отравлениями (6,4%) и в терапевтическом отделении (3,2%). Кроме того, в кардиологическом (1,9%) и в отделении для больных ОИМ (3,1%) в сумме было выявлено 5,0% из общего числа больных, имеющих сифилис в качестве сопутствующего заболевания.

Более половины (53,3%) больных с МРП и ИФА (+) на сифилис при злокачественных новообразованиях были госпитализированы в торакоабдоминальное отделение. При психических расстройствах почти 2/3 (65,9%) получили лечение в соматопсихиатрическом отделении, а еще 25,0% таких больных находились в отделении острых отравлений. При заболеваниях нервной системы более половины (54,8%) больных были госпитализированы в неврологическое отделение, а чуть меньше (45,2%) – в нейрохирургическое. При заболеваниях органов дыхания почти 2/3 (63,9%) пациентов с МРП и ИФА (+) на сифилис получили лечение в отделении острых отравлений и еще 1/3 (33,3%) – в ожоговом отделении. Основная часть больных с заболеваниями органов пищеварения (72,3%) и имевших МРП и ИФА (+) на сифилис лечились в хирургическом отделении, а при заболеваниях мочеполовой системы (68,3%) – в гинекологическом отделении. Более половины больных (51,2%) с выявленными МРП и ИФА (+) на сифилис при госпитализации по поводу травмы поступили либо в хирургическое (24,6%), либо в нейрохирургическое (26,6%) отделения, а еще 29,4% – в травматологическое отделение и отделение сочетанной травмы.

Таким образом, распределение пациентов с МРП и ИФА (+) на сифилис в качестве сопутствующего диагноза, выявленного во время госпитализации, по отделениям разного профиля определяется характером основного заболевания.

Важно отметить, что, в целом, из группы больных с выявленными МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа) 97,9% поступили в больницу СМП по экстренным показаниям и только 2,1% больных – в плановом порядке (таблица 3.1.4 и 3.1.5). Следовательно, трудно ожидать, что венерические заболевания могли быть выявлены на догоспитальном этапе.

Таблица 3.1.4 – Распределение больных с МРП и ИФА (+) на сифилис и разными диагнозами основного заболевания, поступивших по экстренным показаниям, по срокам поступления в стационар СМП от начала заболевания, %

Диагноз	Сроки госпитализации, час			Итого
	< 6	7–24	> 24	
Новообразования	–	64,3	35,7	100,0
Психические расстройства	25,6	55,8	18,6	100,0
Болезни нервной системы	23,3	36,7	40,0	100,0
Болезни системы кровообращения	59,2	35,6	5,2	100,0
Болезни органов дыхания	28,6	71,4	–	100,0
Болезни органов пищеварения	45,8	50,5	3,7	100,0
Болезни мочеполовой системы	70,9	25,2	3,9	100,0
Беременность	86,7	13,3	–	100,0
Травмы	21,3	76,8	1,9	100,0
Прочие заболевания	13,3	60,0	26,7	100,0
Всего	48,5	45,6	5,9	100,0

Таблица 3.1.5 – Распределение больных с МРП и ИФА (+) на сифилис и разными диагнозами основного заболевания по характеру госпитализации, %

Диагноз	Порядок госпитализации*		Итого
	по экстренным показаниям, %	в плановом порядке, %	
Столбец №	1	2	3
Новообразования	93,3	6,7	100,0
Психические расстройства	97,7	2,3	100,0
Болезни нервной системы	96,8	3,2	100,0
Болезни системы кровообращения	94,1	5,9	100,0
Болезни органов дыхания	97,2	2,8	100,0
Болезни органов пищеварения	99,5	0,5	100,0
Болезни мочеполовой системы	98,9	1,1	100,0
Беременность	100,0	–	100,0
Травмы	100,0	–	100,0
Прочие заболевания	88,2	11,8	100,0
Всего	97,9	2,1	100,0

* $p_{1,2} < 0,01$ – достоверность различий данных столбцов № 1 и № 2

Одной из важных характеристик организации экстренной госпитализации являются сроки госпитализации экстренных больных от начала заболевания (таблица 3.1.4). Из общего числа госпитализированных в больницу СМП по экстренным показаниям, практически половина (48,5%) были госпитализированы в течение первых 6 часов от начала заболевания и еще 45,6% – в течение 7–24 часов от начала заболевания. Только 5,9% больных, поступивших по экстренным показаниям, были госпитализированы в сроки, превышающие 24 часа от начала заболевания.

При отдельных заболеваниях и доля плановых больных, и доля госпитализированных в поздние сроки (> 24 часов) от начала заболевания отличаются от средних показателей (таблица 3.1.4 и 3.1.5). Это касается, прежде всего, больных с новообразованиями, болезнями нервной системы, болезнями системы кровообращения, т.е. таких заболеваний, при которых потребность экстренной госпитализации пациентов возникает на фоне хронических длительно протекающих заболеваний. В каких-то случаях, очевидно, во время наблюдения в амбулаторных условиях у врачей была возможность диагностировать ДВП и подтвердить ее лабораторно на догоспитальном этапе. Однако, абсолютное большинство больных, направленных в стационар бригадами скорой медицинской помощи, поступают в первые 24 часа от начала заболевания, и диагностика сифилиса в условиях скорой медицинской помощи практически невозможна.

Результаты исследования показали, что распределение пациентов I, II и III групп по каналам госпитализации представлены в таблице 3.1.6. Основная доля больных ($p < 0,05$), доставленных в стационар СМП по экстренным показаниям, была направлена врачами амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) – поликлиник и женских консультаций (по группам 45,7%, 41,9% и 40,2%, соответственно).

Таблица 3.1.6 – Распределение больных по каналам госпитализации в стационаре скорой медицинской помощи, %

Канал госпитализации (направившее учреждение)	Группы пациентов			Р*
	без ДВП (I группа), %	с МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа), %	с кожными болезнями (III группа), %	
Столбец №	1	2	3	4
Больница	13,4	14,5	15,1	$p_{1,2,3}>0,05$
АПУ	45,7	41,9	40,2	$p_{1,2,3}>0,05$
Скорая медицинская помощь	29,2	23,8	23,4	$p_{1,2,3}>0,05$
Неотложная помощь	3,1	13,1	6,6	$p_{1,2}<0,01$
Без направления	8,6	6,7	14,7	$p_{2,3}<0,05$
Всего	100,0	100,0	100,0	

* достоверность различий данных соответствующих столбцов

Около 1/4-1/3 пациентов доставлены бригадами скорой медицинской помощи (по группам 29,2%, 23,8% и 23,4%, соответственно). 13–15% пациентов I, II и III групп направлены врачами других стационаров. Вместе с тем, существенно отличается удельный вес пациентов I, II и III групп, направленных службой неотложной помощи (3,1%, 13,1% и 6,6%, $p<0,05$). Кроме того, доля пациентов с сопутствующими кожными заболеваниями среди больных, поступивших без направления (14,7%), существенно превышает долю пациентов без ДВП (8,6%) и также пациентов с МРП и ИФА (+) – 6,7%, $p<0,05$. Следует отметить, что при экстренной госпитализации, когда приоритетным является состояние, угрожающее жизни и здоровью пациента, сопутствующая патология (ДВП) зачастую остается недиагностированной в силу дефицита времени, приоритета основного заболевания и ограниченных диагностических возможностях на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи (в условиях скорой медицинской и неотложной помощи). При этом АПУ и стационары, направившие пациентов, безусловно, имели определенные диагностические возможности.

Распределение больных с выявленными в стационаре МРП и ИФА (+) на сифилис по основному диагнозу, послужившему причиной госпитализации, представлены в таблице 3.1.7. Каждый пятый больной был госпитализирован в больницу СМП – с болезнями системы кровообращения (по группам 21,0%,

18,7% и 21,0%, соответственно), каждый 4–й больной II группы (25,8%) – с болезнями мочеполовой системы, еще примерно одинаковую долю составляют госпитализированные с травмами (15,0-19,4%). Структура диагнозов основного заболевания в разных группах больных заметно отличается.

Таблица 3.1.7 – Распределение больных I, II и III групп, госпитализированных в стационар скорой медицинской помощи по диагнозам основного заболевания, %

Диагноз основного заболевания	Группы пациентов			p*
	без ДВП (I группа), %	с МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа), %	с кожными болезнями (III гр.), %	
Столбец №	1	2	3	4
Новообразования	6,0	1,4	7,3	$p_{2-1,3} < 0,05$
Эндокринные заболевания	0,9	–	0,5	$p_{1-3} > 0,05$
Психические расстройства	0,7	4,0	1,5	$p_{1-2} < 0,05$
Болезни нервной системы	13,0	2,8	16,6	$p_{2-1,3} < 0,05$
Болезни системы кровообращения	21,0	18,7	21,0	$p_{1,2,3} > 0,05$
Болезни органов дыхания	11,6	3,3	16,3	$p_{2-1,3} < 0,05$
Болезни костно–мышечной системы	1,8	–	3,5	$p_{1-3} > 0,05$
Болезни мочеполовой системы	11,0	25,8	4,7	$p_{1-2,2-3} < 0,01$
Травмы	17,0	19,4	15,0	$p_{1,2,3} > 0,05$
Болезни органов пищеварения	12,0	17,6	10,1	$p_{1,2,3} > 0,05$
Прочие заболевания	5,0	7,0	3,5	$p_{1,2,3} > 0,05$
Всего	100,0	100,0	100,0	

*достоверность различий данных (в столбцах)

Если у пациентов I группы преобладающими ($p > 0,05$) являются (в порядке убывания) болезни системы кровообращения, травмы, болезни нервной системы, органов пищеварения, дыхания и мочеполовой системы (свыше 10% каждая, в сумме составили 85,6%), то у пациентов II группы – болезни мочеполовой системы, травмы, органов пищеварения и системы кровообращения (свыше 10% каждая, в сумме составили 81,5%), а у пациентов II группы – болезни системы кровообращения, нервной и дыхательной системы, травмы, органов пищеварения (свыше 10% каждая, в сумме составили 79,0%). Особый интерес представляют пациенты с заболеваниями мочеполовой системы (их доля среди больных с МРП и ИФА (+) составляла

25,8%, что в 2,3 больше, чем доля пациентов с данной патологией среди больных без ДВП – 11,0%, $p < 0,01$).

Структура основных диагнозов, послуживших причиной госпитализации в больницу СМП, заметно отличается у больных разного возраста (таблица 3.1.8). Если у пациентов молодого возраста (до 25 лет) и пациентов зрелого возраста (25–59 лет) 1-ое место в структуре таких диагнозов занимают болезни мочеполовой системы (соответственно 18,2% и 27,2%), то в группе лиц 60 лет и старше на долю больных с такими заболеваниями приходится лишь 3,1% ($p < 0,01$).

Таблица 3.1.8 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис в группах пациентов разного возраста и диагноза, %

Диагноз	Возраст пациентов, лет			p*
	< 25	25–59	60 и старше	
Столбец №	1	2	3	4
Новообразования	–	1,2	9,4	$p_{1-3,2-3,1-3} < 0,01$
Болезни нервной системы	–	3,0	9,4	$p_{1-3,2-3,1-3} < 0,01$
Болезни системы кровообращения	1,3	20,0	12,5	$p_{1-2,1-3} < 0,01$
Болезни органов дыхания	10,4	2,3	15,6	$p_{1-2,2-3} < 0,01$
Болезни органов пищеварения	14,3	18,3	3,1	$p_{1-3,2-3} < 0,01$
Болезни мочеполовой системы	18,2	27,2	3,1	$p_{1-3,2-3} < 0,01$
Травмы	11,7	20,6	3,1	$p_{1-3,2-3} < 0,01$
Прочие болезни	44,1	7,4	43,8	$p_{1-2,2-3} < 0,01$
Всего	100,0	100,0	100,0	

*достоверность различий данных (в столбцах)

В то же время в старшей возрастной группе больные с заболеваниями органов дыхания (15,6%) преобладают над пациентами других возрастных групп (лиц молодого (10,4%) и зрелого (2,3%) возраста, $p < 0,01$).

Обращает на себя внимание и значительное преобладание травм (20,6%) в группе 25-59 лет по сравнению с другими возрастными группами ($p < 0,01$).

Одним из важных показателей работы стационара является показатель больничной летальности, а в целом – исходы лечения (таблица 3.1.9).

В среднем 97,0% больных из числа госпитализированных по экстренным показаниям с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, выявленными в стационаре, были выписаны из стационара (с улучшением,

выздоровлением). Больничная летальность среди них составила в среднем 1,8%, т.е. близка к среднему уровню летальности по городу для больниц скорой медицинской помощи.

Таблица 3.1.9 – Распределение больных по исходу заболевания с разным диагнозом и положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, %

Диагноз	Исход заболевания*				
	Выписан	Умер	Переведен в другой стационар	Нет сведений	Итого
Столбец №	1	2	3	4	5
Новообразования	86,7	6,7	6,6	–	100,0
Психические расстройства	93,2	–	6,8	–	100,0
Болезни нервной системы	90,3	9,7	–	–	100,0
Болезни системы кровообращения	96,5	2,5	1,0	–	100,0
Болезни органов дыхания	83,3	16,7	–	–	100,0
Болезни органов пищеварения	99,4	–	–	0,6	100,0
Болезни мочеполовой системы	98,9	0,4	–	0,7	100,0
Беременность	100,0	–	–	–	100,0
Травмы	99,0	0,5	–	0,5	100,0
Прочие заболевания	88,2	–	11,8	–	100,0
Всего	97,0	1,8	0,7	0,5	100,0

* $p < 0,01$ – достоверность различий данных столбцов № 1 – № 4

Незначительная доля больных (0,7%) была переведена в другие стационары (в основном, по профилям ревматологии, психиатрии), еще 0,5% больных покинули больницу самостоятельно, без разрешения врачей. Это обстоятельство связано с тем, что определенная доля больных, поступающих в экстренном порядке, относится к асоциальным группам населения.

Показатель больничной летальности имеет весьма существенные колебания при разных заболеваниях. Высокий уровень летальности наблюдается у больных с заболеваниями органов дыхания (16,7%), нервной системы (9,7%) и новообразованиями (6,7%). Однако, доверительный интервал, который в среднем составляет 1,0-2,2% при отдельных заболеваниях имеет сильно выраженные колебания. Например, в группе больных с заболеваниями органов дыхания он составляет 4,3-29,1%, в группе больных с заболеваниями нервной системы – 0-20,3%.

Сравнительно невысокий уровень больничной летальности в группе больных с выявленными в стационаре МРП и ИФА (+) на сифилис в определенной мере объясняется возрастной структурой этих больных. Исходы лечения у больных разного возраста отличаются. Если в группе лиц молодого возраста не наблюдалось летальных исходов, то у лиц зрелого возраста (25–59 лет) показатель летальности составил в среднем 1,9%, а у лиц 60 лет и старше – 3,1%. Средний возраст выписанных из стационара больных составил 39,9 лет ($m = \pm 0,2$), а средний возраст умерших – 42,6 лет ($m = \pm 2,6$). Различие между средними арифметическими достоверны ($p < 0,01$).

Одним из факторов, влияющих на различные показатели стационарной помощи (среднюю длительность пребывания в стационаре, исходы лечения в стационаре и другие), является метод лечения.

Из общего числа больных с МРП и ИФА (+) на сифилис чуть больше половины (53,2%) получили оперативное лечение, а 46,8% лечились консервативно.

Из числа прооперированных больных 3/4 (75,1%) за время пребывания в стационаре потребовалось по 1 оперативному вмешательству, еще 14,0% – перенесли по две операции, а 10,9% имели по три и более оперативных вмешательств. Таким образом, каждый 4-ый из числа прооперированных больных с МРП и ИФА (+) на сифилис имел неоднократные оперативные вмешательства, а в целом в группе таких больных с учетом того, что почти

половина из них лечились только консервативно, каждому 8-му пациенту были выполнены по две и более операции за время пребывания в больнице СМП.

Важным показателем деятельности стационара, который не только характеризует организацию работы больницы, но в значительной мере определяет ее экономическое благополучие, является показатель средней длительности пребывания больного на койке. Данный показатель связан с оборотом койки и объемами оказанной медицинской помощи.

Одним из факторов, определяющих длительность пребывания больных в стационаре, является возраст госпитализированных больных. Доля больных с краткосрочным пребыванием в стационаре (до 7 дней) снижается с увеличением их возраста: с 51,9% в группе лиц до 25 лет (1) до 49,0% среди лиц зрелого возраста (2) и 37,5% – у лиц 60 лет и старше (3), $p_{1-3,2-3} < 0,05$. В то же время доля больных с длительными сроками пребывания в стационаре (более 3-х недель) проявляет четкую тенденцию к росту с увеличением возраста больных. Так, если среди молодых пациентов 22,1% находились в стационаре 22 дня и больше (1), а в группе лиц 25–59 лет таких было только 16,8% (2), то среди лиц 60 лет и старше 40,6% находились в стационаре три недели и более (3), $p_{1-3,2-3} < 0,05$. Потому показатель средней длительности пребывания больных в стационаре растет с увеличением их возраста: с $10,6 \pm 0,1$ сут. у лиц трудоспособного возраста до $16,1 \pm 2,4$ сут. у пациентов старше трудоспособного возраста.

Средняя длительность пребывания в стационаре для больных II группы составила $10,9 \pm 0,1$ сут., причем, около половины из них (48,9%) находились в стационаре менее одной недели (до 7 дней), еще 20,9% – от 7 до 14 дней, 12,4% – от 14 до 21 дня, еще 17,8% находились в стационаре более 3-х недель. Такое распределение свидетельствует, прежде всего, о том, что больница СМП играет роль стационара интенсивного ухода и лечения и поэтому практически каждый второй больной находился в таком стационаре менее одной недели. При этом думать о большом влиянии на показатель средней длительности пребывания больных в стационаре, умерших в первые сутки госпитализации, не

приходится в силу относительно низкого показателя летальности. В то же время 17,8% пациентов находились в стационаре более 3-х недель, что свидетельствует о тяжести основной патологии, требующей длительного пребывания в стационаре, превышающими средние показатели.

Безусловно, на длительность пребывания больных в стационаре определенное влияние оказывают исходы лечения. Однако, в отношении больных, доставленных в больницу СМП по экстренным показаниям, где у них был выявлен МРП и ИФА (+) на сифилис, данный фактор (исходы лечения) оказал сравнительно небольшое влияние (таблица 3.1.10).

Таблица 3.1.10 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис с разным исходом лечения по длительности (и средней длительности) пребывания в стационаре СМП, %

Исход лечения	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	< 7	7–13	14–21	22 и >				
Столбец №	1	2	3	4	5	6	7	8
Выписан	48,8	20,8	12,6	17,8	100,0	10,9	0,1	$p_{1-2,3,4}<0,01$
Умер	35,0	40,0	10,0	15,0	100,0	11,1	1,7	$p_{1,2-3,4}<0,01$
Переведен в др. стационар	62,5	–	–	37,5	100,0	12,5	3,1	$p_{1-4}<0,01$
Неизвестно	100,0	–	–	–	100,0	3,5	0,1	
Всего	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	10,9	0,1	

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Средняя длительность пребывания в стационаре у выписанных больных ($10,9 \pm 0,1$ дней) чуть меньше, чем у умерших ($11,1 \pm 1,7$ дней) и переведенных в другие стационары ($12,5 \pm 3,1$ дней), однако, различие средних арифметических статистически недостоверно ($p > 0,05$).

Доля больных с длительностью пребывания в стационаре до 7 суток наиболее значительная в группе больных, переведенных в другой стационар (62,5%), что вполне закономерно – потребовался оперативный перевод непрофильных больных в соответствующий их патологии стационар ($p < 0,01$).

Наименьшая доля таких больных (35,0%) в группе умерших ($p<0,01$). Таким образом, в изученной группе больных исходы лечения влияют на длительность пребывания в стационаре менее значимо, чем возраст больных.

Среди выписанных пациентов доля пациентов с краткосрочным пребыванием (в данном случае – до 7 суток) в 2 и более раз превышает таковые с иными интервалами пребывания ($p<0,01$), что является отличительной особенностью стационаров СМП.

Закономерно влияние на среднюю длительность пребывания больных в стационаре метода лечения и числа оперативных вмешательств у одного больного. Средняя длительность пребывания в стационаре у больных, получивших только консервативное лечение, выше ($16,2\pm 0,34$ дней), чем у больных, получивших оперативное лечение ($7,6\pm 0,2$ дней), $p<0,05$. Если в первой группе больных (консервативное лечение) до 7 сут. в стационаре находились только 1/3 больных (33,2%), то среди оперированных их было чуть меньше 2/3 (62,7%) ($p<0,01$). В то же время среди последних лишь 6,2% находились в стационаре более 3-х недель, а в группе больных, получивших только консервативное лечение, больных с такой длительностью пребывания в стационаре было 31,0% ($p<0,01$).

Разумеется, различие в длительности пребывания больных в стационаре зависит не столько от метода лечения, сколько от их диагноза. Однако, закономерно, что длительность пребывания больных в стационаре связана с количеством оперативных вмешательств. Так, в группе больных, имевших лишь одно оперативное вмешательство, большинство (65,5%, $p<0,01$) находились на койке до 7 сут. и только 2,8% – свыше 3-х недель. В группе больных, которые перенесли две операции, 56,8% находились в стационаре менее 7 сут., а 16,0% лечились более 3-х недель ($p<0,01$). В группе больных, которые перенесли три операции и более, только 50,8% находились в стационаре менее 7 сут., а 17,5% находились три недели и более ($p<0,01$). Поэтому средняя длительность пребывания в стационаре в первой группе

больных (1 операция) составила 6,9 сут., во второй (2 операции) – 9,8 сут., а в третьей (3 и более операций) – 10,4 сут.

Естественно предположить, что у больных, поступивших по экстренным показаниям в больницу СМП, длительность пребывания в стационаре зависит от своевременности госпитализации, т. е. срока госпитализации от начала заболевания. В группе больных, доставленных в стационар по экстренным показаниям и имеющих выявленные после госпитализации МРП и ИФА (+) на сифилис (таблица 3.1.11.), среди госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания средняя длительность пребывания в стационаре составила $10,6 \pm 0,2$ сут., что меньше, чем у больных, доставленных в стационар позднее 1 суток ($13,5 \pm 0,8$ сут.) от начала заболевания. Различие средних арифметических статистически достоверно ($t=8,5$; $p<0,001$).

При этом доля больных, находившихся в стационаре менее 7 сут., в группе больных, доставленных в стационар в первые 6 час от начала заболевания, заметно больше (49,9%) по сравнению доставленными позднее 1 суток (38,2%) ($p<0,05$). Подобная закономерность прослеживается и в группе пациентов с 7-13-суточным пребыванием ($p<0,01$).

Таблица 3.1.11 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, госпитализированных в различные сроки от начала заболевания, по длительности пребывания их в стационаре, %

Срок госпитализации	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	p*	М	m
	< 7	7–13	14–21	22 и >				
Столбец №	1	2	3	4	5	6	7	8
1–6 час.	49,9	22,2	10,3	17,6	100,0	$p_{1-2,3,4}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$	10,6	0,2
7–24 час.	49,8	21,6	10,7	17,9	100,0	$p_{1-2,3,4}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$	10,7	0,2
Более 24 час.	38,2	7,9	33,3	20,6	100,0	$p_{2-1,3,4}<0,01$	13,5	0,8
Плановая госпитализация	36,4	9,1	40,9	13,6	100,0	$p_{2-1,3}<0,01$ $p_{4-1,3}<0,01$	12,5	0,3
Всего	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	$p_{1-2,3,4}<0,01$	10,9	0,1

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Важно, что доля больных с краткосрочным пребыванием (в данном случае – до 7 сут.) превышает таковую практически при любых сроках госпитализации, что характерно для стационара скорой помощи. Исключение составляет только плановая госпитализация, при которой различия недостоверны (36,% и 40,9%, $p>0,05$).

Еще одним фактором, влияющим на длительность пребывания больных в стационаре, является длительность дооперационного периода. Естественно, что у больных, прооперированных в первые сутки после госпитализации, средняя длительность пребывания в стационаре заметно меньше ($6,2\pm 0,1$ сут.), чем у больных, прооперированных на вторые ($9,9\pm 0,3$ сут.) и, тем более, третьи сутки после госпитализации ($16,3\pm 1,1$ дней). Если среди прооперированных в первые сутки большинство (72,8%, $p<0,01$) находились в стационаре меньше 7 суток и только 2,2% – больше трех недель, то в группе больных, прооперированных на третий день пребывания в стационаре и позднее, только 3,2% находились в стационаре до 7 суток, а 29,0% – 22 дня и более ($p<0,01$).

Длительность пребывания больных в стационаре определяется их основным диагнозом и, соответственно, связанным с ним профилем отделения, в котором находились пациенты. Средняя длительность пребывания больных на койке с выявленными в стационаре положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис имеет весьма существенные колебания в отделениях разного профиля (таблица 3.1.12.).

Такие отделения, как отделения гинекологии (4,6 сут.), острых отравлений (5,3 сут.), торакоабдоминальное (5,7 сут.), имеют показатель средней длительности пребывания больных в стационаре значительно ниже (практически в два раза), чем в среднем в изученной группе больных ($p<0,05$). Поэтому доля больных с краткосрочным пребыванием (в данном исследовании – до 7 сут.) в этих отделения наибольшая и составляет 83,5%, 82,9% и 76,5%, соответственно, $p<0,05$. В то же время в ряде отделений стационара (ожоговое – 25,4 сут., для больных острым инфарктом миокарда – 21,0 сут., неврологии – 19,6 сут.) данный показатель существенно превышает среднюю длительность

пребывания в стационаре больных с положительными реакциями на сифилис ($p < 0,05$).

Таблица 3.1.12 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис в отделениях разного профиля по сгруппированным срокам пребывания в стационаре и средняя длительность (суток), %

Отделение	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	< 7	7–13	14–21	22 и >				
Столбец №	1	2	3	4	5	6	7	8
Терапия	14,3	34,3	51,4	–	100,0	12,9	0,78	$p_{1-2,3} < 0,01$ $p_{2-3} < 0,01$
Кардиология	28,6	66,6	–	4,8	100,0	13,9	1,45	$p_{2-1,3} < 0,01$
Неврология	–	16,7	50,0	33,3	100,0	19,6	0,89	$p_{2-3,4} < 0,01$ $p_{3-4} < 0,01$
Нефрология	12,0	44,0	40,0	4,0	100,0	12,9	1,28	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{4-2,3} < 0,01$
Соматопсихиатрия	20,0	30,0	23,3	26,7	100,0	15,1	0,89	$p_{2-3} < 0,05$
ОИМ	8,8	2,9	38,3	50,0	100,0	21,0	1,50	$p_{4-1,2} < 0,01$ $p_{1-2,3,4} < 0,05$
Острых отравлений	82,9	10,0	5,7	1,4	100,0	5,3	0,65	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{2-4} < 0,01$
Хирургия	27,9	34,0	6,8	31,3	100,0	14,2	0,28	$p_{3-1,2,4} < 0,01$
Гинекология	83,5	15,8	0,7	–	100,0	4,6	0,20	$p_{3-1,2,4} < 0,01$
Нейрохирургия	62,7	5,3	6,7	25,3	100,0	10,8	0,60	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{4-2,3} < 0,01$
Травматологическое	24,4	40,0	20,0	15,6	100,0	12,6	0,81	$p_{2-1,3,4} < 0,01$
Сочетанной травмы	52,9	23,6	14,7	8,8	100,0	9,2	1,05	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{2-4} < 0,01$
Торако– абдоминальное	76,5	17,6	3,9	2,0	100,0	5,7	0,75	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{2-3,4} < 0,01$
Ожоговое	2,8	–	13,9	83,3	100,0	25,4	1,01	$p_{1-3,4;2-4} < 0,01$
Эндовидеохирургия	16,7	33,3	33,3	16,7	100,0	14,3	1,20	$p_{1,4-2,3} < 0,01$
Урология	58,8	–	11,8	29,4	100,0	12,2	1,05	$p_{1-3,4;3-4} < 0,01$
Анестезиология и реанимация	26,7	46,7	13,3	13,3	100,0	11,6	1,94	$p_{1-2,3,4} < 0,01$ $p_{2-3,4} < 0,01$
Всего	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	10,9	0,10	

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Несомненно, существенное влияние на сроки пребывания в стационаре оказывает различие возрастно–половой структуры контингента больных в разных отделениях, метода лечения, исхода заболевания (прежде всего, уровня досуточной летальности) и ряд других факторов. Однако, безусловно, основное влияние оказывает диагноз (таблица 3.1.13). Как видно из таблицы, при

отдельных диагнозах, вернее, классах болезней, наблюдаются существенные колебания показателя средней длительности пребывания больных в стационаре.

Таблица 3.1.13 – Распределение больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис с разным диагнозом (классом заболевания) по сгруппированным срокам пребывания в стационаре и средняя длительность пребывания в стационаре, %

Диагноз/ класс болезней	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	< 7	7–13	14–21	22 и >				
Столбец №	1	2	3	4	5	6	7	8
Новообразования	26,7	53,3	13,3	6,7	100,0	10,4	1,94	$p_{2-1,3,4}<0,01$ $p_{1-3,4}<0,01$
Болезни крови	21,4	28,6	35,7	14,3	100,0	13,8	1,90	$p_{3-1,4}<0,05$
Психические расстройства	13,6	34,1	31,8	20,5	100,0	15,1	0,95	$p_{1-2,3}<0,01$
Болезни нервной системы	25,8	51,6	9,7	12,9	100,0	11,3	1,11	$p_{2-1,3,4}<0,01$ $p_{1-3,4}<0,01$
Болезни системы кровообращения	48,3	15,7	16,3	19,7	100,0	11,5	0,33	$p_{1-2,3,4}<0,01$
Болезни органов дыхания	22,2	30,6	38,9	8,3	100,0	12,9	1,01	$p_{4-1,2,3}<0,01$
Болезни органов пищеварения	66,5	25,1	5,8	2,6	100,0	6,6	0,33	$p_{1-2,3,4}<0,01$ $p_{2-3,4}<0,01$
Болезни моче– половой системы	84,0	12,8	2,5	0,7	100,0	4,9	0,27	$p_{1-2,3,4}<0,01$ $p_{2-3,4}<0,01$
Беременность	46,7	40,0	13,3	–	100,0	7,9	0,62	$p_{3-1,2}<0,01$
Травмы	8,0	15,2	16,1	60,7	100,0	21,3	0,31	$p_{4-1,2,3}<0,01$
Прочие заболевания	23,5	41,2	35,3	–	100,0	11,1	1,94	
Всего	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	10,9	0,10	$p_{1-2,3,4}<0,01$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Высокая средняя длительность пребывания в стационаре наблюдается у пострадавших с травмами (21,3 сут.), достоверно превышающая средний показатель (10,9 сут.), а также аналогичные значения в 7-и других классах болезней ($p<0,05$). Связано это с тем, что в данный класс болезней включены и ожоги, при которых пациенты имеют весьма высокую длительность лечения в

стационаре. В то же время заметно ниже (по сравнению с травмами, $p < 0,05$) длительность пребывания в стационаре в группе больных с выявленным сифилисом при заболеваниях мочеполовой системы (4,9 сут.), заболеваниях органов пищеварения (6,6 сут.), беременности и ее осложнениях (7,9 сут.).

Особый интерес представляет анализ длительности пребывания больных в стационаре среди больных, имеющих сопутствующие заболевания, которые могут оказать влияние на данный показатель работы стационара. Как будет показано ниже, выявленная в стационаре сопутствующая патология – положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис – не является причиной увеличения длительности пребывания таких больных в стационаре, так как в данной группе больных средняя длительность пребывания в стационаре ниже (10,9 сут.) средней длительности пребывания в стационаре больных, не имеющих сопутствующей дерматовенерологической патологии (12,4 сут.).

В связи с тем, что абсолютное большинство больных в стационаре СМП были госпитализированы по экстренным показаниям, для уточнения диагноза им потребовалось проведение различных инструментальных и лабораторно–диагностических исследований, в ряде случаев – повторных. Поэтому потребность в различных исследованиях у изученных больных была определена в расчете на 100 пролеченных больных (таблица 3.1.14). Из инструментальных исследований наиболее часто больным с выявленными положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис потребовались лучевые методы диагностики и, прежде всего, рентгенография (134,0 исследования на 100 больных, $p < 0,05$). Вместе с КТ и МРТ она составила 150,3 исследования на 100 больных. Высока также доля проведенных ЭКГ (110,7 на 100 больных) и УЗИ (98,4 на 100 больных).

Среди лабораторно–диагностических исследований наиболее часто выполняли: общий анализ крови (214,9 исследований на 100 больных), клинический (187,5 исследований) и биохимические анализы крови (172,9 исследования). Каждому пациенту, а некоторым неоднократно (137,9

исследований) проводился общий анализ мочи. Всем пациентам были проведены пробы МРП и ИФА на сифилис.

Таблица 3.1.14 – Частота различных исследований на 100 пролеченных больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и кожными заболеваниями в стационаре скорой медицинской помощи, %

Вид исследования	Группы пациентов		p*
	II группа	III группа	
1	2	3	4
Электрокардиография	110,7	290,4	p<0,01
Ультразвуковые исследования	98,4	137,6	p<0,01
Рентгенография	134,0	313,0	p<0,01
Флюорография	12,2	12,1	p>0,05
Компьютерная томография	14,3	41,2	p<0,01
Магнитно-резонансная томография	2,0	7,6	p<0,01
Ренография	15,0	6,2	p<0,01
Фиброгастродуоденоскопия	10,0	21,4	p<0,01
Клинический анализ крови	187,5	570,0	p<0,01
Биохимический анализ крови	172,9	839,7	p<0,01
Общий анализ мочи	137,9	342,4	p<0,01
Соотношение холестерина в крови	214,9	608,6	p<0,01
Коагулограмма	37,7	210,8	p<0,01
Бактериологическое исследование крови на стерильность	10,3	96,0	p<0,01
Бак. исследование крови на аэробные микроорганизмы	14,9	124,0	p<0,01
Определение основных групп крови	55,7	329,4	p<0,01
Выделение и индификация возбудителей в моче	6,5	54,9	p<0,01
Обнаружение этанола	35,3	28,2	p>0,05
Морфологическое исследование	65,2	103,8	p<0,01
Исследование газового состава крови	21,1	246,4	p<0,01
Исследование уровня глюкозы в крови	41,7	281,3	p<0,01
Обнаружение гемоглобина в моче	14,7	29,1	p>0,05
Микроскопические исследования	20,6	0,8	p<0,01
ИФА	13,9	18,5	p>0,05
Цитологическое исследование	20,7	42,0	p<0,01
Исследование уровня фибриногена в крови	5,1	10,3	p<0,05
Иммуноометрический тест на прокальцитонин	0,6	18,3	p<0,01
Бактериологическое исследование кала	5,1	12,6	p<0,01
Прочие исследования крови	47,2	102,7	p<0,01
Прочие исследования мочи	0,7	1,4	p>0,05
Прочие бактериологические исследования	1,2	6,7	p<0,01
Проба МРП на сифилис	100,0	85,4	p>0,05
Проба ИФА на сифилис	100,0	85,4	p>0,05
Всего исследований	1728,1	5078,2	p<0,01

*достоверность различий данных 2 и 3 столбцов

Другие лабораторно–диагностические исследования у больных с МРП и ИФА (+) на сифилис проводили заметно реже. Всего на 100 госпитализированных в стационар СМП больных с МРП и ИФА (+) на сифилис было выполнено 396,6 различных инструментальных исследований и 1331,4 – лабораторно-диагностических, т.е. на одного больного в сумме было проведено практически 17,3 различных исследований.

В постановке основного диагноза, в диагностике сопутствующих заболеваний большую роль играет консультативная помощь различных специалистов. В крупном многопрофильном стационаре СМП консультативная помощь врачей разных специальностей, профили которых представлены соответствующими отделениями стационара, не представляет проблемы. Поэтому все 100,0% больных были проконсультированы врачами самых разных специальностей, а еще 23,3% из общего числа больных были проконсультированы врачом–терапевтом (без учета больных, госпитализированных в терапевтическое отделение). В то же время среди пациентов с положительными реакциями МРП и ИФА на сифилис, только 4,8% были проконсультированы врачом-дерматовенерологом. Поэтому выявление сифилиса у таких больных ограничилось исключительно пробами МРП и ИФА на сифилис без дальнейшего уточнения диагноза. В то же время венерические болезни, в частности сифилис, являются эпидемиологически опасными заболеваниями как для самих пациентов, страдающих данным недугом, так и для окружающих их больных и медицинского персонала, осуществляющего лечебный процесс.

Отборочные реакции согласно распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 31.12.2012 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем» внедрены в работу стационаров СМП, но исследования проводятся на базе КВУ, а результаты возвращаются в стационар через 4-5 дней. Зачастую к этому времени пациента уже прооперировали, выписали, либо он ушел самостоятельно без результатов исследования и сопутствующего диагноза

ДВП. Соответственно, вопрос о мерах по предупреждению распространения сифилиса в стационаре, несмотря на выполнение указанного распоряжения, остается открытым.

Уровень развития и современное состояние стационарного этапа оказания скорой медицинской помощи, лечебно-диагностических возможностей многопрофильных стационаров СМП требует разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса. Целесообразно осуществлять забор крови и проведение экспресс-диагностики сифилиса в оперативном режиме непосредственно в стационаре СМП при поступлении пациента с помощью отборочных реакций, которые используются для массовых серологических обследований на сифилис и применимы для многопрофильных стационаров с большим потоком поступающих больных. Они технически просты, быстро выполнимы, экономически выгодны. В нашей стране обычно используют микрореакцию преципитации (МРП) с кардиолипидным антигеном (с сывороткой), в последнее время все шире применяют RPR–тест (реакция быстрых плазменных реагинов), основанная на том же принципе, что и микрореакция, но выполняемая с плазмой крови.

Обобщая наиболее значимые данные, полученные при анализе контингента пациентов с МРП и ИФА (+) в качестве сопутствующего диагноза следует отметить следующее:

1. Особенности медико-статистической характеристики пациентов с МРП и ИФА (+) являются преобладание женщин в 1,5 раза над мужчинами (59,1% и 40,9%, соответственно), преобладание лиц молодого возраста 25-44 гг. (62,1%), преимущественно (52,6%) работающих лиц.

2. В группе больных с МРП и ИФА (+) 97,9% поступили в больницу СМП по экстренным показаниям (48,5% – в первые 6 часов заболевания, 45,6% – в течение 7-24 часов от начала заболевания), 2,1% – в плановом порядке. Основная доля больных (41,9%) с экстренной патологией была направлена в стационар СМП врачами АПУ, 23,8% пациентов – врачами скорой

медицинской помощи. Данный факт не позволил выявить сопутствующую венерологическую патологию на догоспитальном этапе.

3. Распределение этих пациентов по отделениям разного профиля определяется характером основного заболевания. Суммарно доля пациентов во всех отделениях хирургического профиля составила более 3/4 (77,8%), том числе 24,1% – в хирургическом и 26,1% – в гинекологическом отделениях. Структура основных диагнозов, послуживших причиной госпитализации в больницу СМП, заметно отличалась у больных разного возраста. Каждый 4-й изученный больной с МРП и ИФА (+) (25,8%), был госпитализирован в больницу СМП с болезнями мочеполовой системы. Особый интерес представляли пациенты с заболеваниями мочеполовой системы (их доля среди больных с МРП и ИФА (+) составляла 25,8%, а доля больных без ДВП – только 11,0%).

4. Средняя длительность пребывания пациентов с МРП и ИФА (+) в стационаре составила $10,9 \pm 0,1$ сут., причем, около половины из них – менее одной недели (до 7 сут.), она определялась профилем и тяжестью основного заболевания, возрастом больных, своевременностью госпитализации, потребностью в оперативном лечении. Из общего числа больных с МРП и ИФА (+) на сифилис чуть больше половины (53,2%) получили оперативное лечение.

5. Выявленные в стационаре положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис не явились причиной увеличения длительности пребывания больных в стационаре, так как в данной группе больных средняя длительность пребывания в стационаре была достоверно ниже (10,9 сут.) средней длительности пребывания в стационаре больных, не имеющих сопутствующей ДВП (12,4 сут.).

6. Уровень больничной летальности (1,8%) в группе больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис в определенной мере определяется возрастной структурой таких больных.

7. Доля пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, проконсультированных врачом-дерматовенерологом, составила только 4,8%, и выявление сифилиса в стационаре СМП у подавляющей доли больных ограничилось исключительно пробами МРП и ИФА на сифилис без дальнейшего уточнения диагноза.

8. Усилия по предупреждению распространения сифилиса в стационаре СМП недостаточны: результаты исследований приходят поздно, что не позволяет провести надлежащие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

Таким образом, совершенствование качества и доступности специализированной венерологической помощи больным в стационаре скорой помощи является весьма актуальной проблемой. Требуется разработка новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса, среди которых – внедрение методов экспресс-диагностики (отборочных реакций), проводимых непосредственно в стационаре СМП при поступлении больных (в оперативном режиме). Очевидными становятся и задачи врача скорой медицинской помощи стационарного отделения СМП (приемно-диагностического), а также врача-дерматовенеролога в штате стационара СМП по своевременной диагностике сопутствующей ДВП в стационаре СМП, что позволит повысить качество медицинской помощи.

3.2 Медико-статистическая характеристика больных с сопутствующими кожными заболеваниями в стационаре скорой помощи

В ходе исследования была проанализирована медико-статистическая характеристика больных с сопутствующими кожными заболеваниями в стационаре скорой помощи (далее - III группа наблюдения, пациенты с дерматологической патологией (ДП)).

Половозрастная характеристика больных, госпитализированных в стационар СМП и имеющих в качестве сопутствующей патологии различные

кожные заболевания, отличается некоторым преобладанием доли мужчин (57,5 %), лиц пожилого и старческого возраста: 53,9% составили лица 60 лет и старше. Особенно велика доля больных 60 лет и старше среди женщин (60,3%), хотя и среди мужчин доля больных данного возраста составила 49,2%. Поэтому средний возраст женщин, имеющих кожные болезни в качестве сопутствующей патологии, достоверно выше ($57,7 \pm 0,2$ лет) среднего возраста мужчин ($50,8 \pm 0,3$ лет), $p < 0,05$.

Распределение изученных больных по социальному положению связано с их возрастной структурой (таблица 3.2.1). Из общего числа больных только 27,6% относятся к работающим лицам, причем, в группе больных 60 лет и старше доля работающих (28,9%) оказалась близка к таковой в группе больных трудоспособного возраста (27,5%), $p > 0,05$. Значительную, близкую по значениям часть ($p > 0,05$) составили пенсионеры (15,9%) и инвалиды (19,9%). Небольшую долю составили учащиеся (1,5%), $p < 0,05$. Мы выделили также группы лиц без определенного места жительства (лица БОМЖ) и трудовых мигрантов из СНГ (2,9% и 2,3%, соответственно).

Таблица 3.2.1 – Распределение больных разного возраста с сопутствующими кожными заболеваниями по социальному положению, %

Социальное положение	Возраст, лет			Всего	p*
	< 25	25–59	60 лет и >		
1	2	3	4	5	6
Работающие	–	27,5	28,9	27,6	$p_{3,4} > 0,05$
Неработающие	–	41,8	–	29,9	
Учащиеся	55,9	0,5	–	1,5	$p_{2,3} < 0,01$
Пенсионеры	–	5,1	46,9	15,9	$p_{3,4} < 0,01$
Инвалиды	18,7	15,1	23,8	19,9	$p_{2,3,4} > 0,05$
БОМЖ	25,4	4,7	0,4	2,9	$p_{2-3,4} < 0,05$
Мигранты из СНГ	–	5,3	–	2,3	
	100,0	100,0	100,0	100,0	

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

В разных возрастных группах структура госпитализированных по их социальному положению имеет отличия. В группе больных трудоспособного возраста (25–59 лет) заметную часть (41,8%, $p < 0,05$) составили неработающие

лица, и в то же время в группе лиц 60 лет и старше 28,9% пациентов продолжают работать. Наиболее высокая доля лиц БОМЖ оказалась среди больных до 25 лет (25,4%, $p < 0,05$), а трудовые мигранты из СНГ составили 5,3% только в группе больных трудоспособного возраста.

Важным для медико-статистической характеристики больных, госпитализированных в стационар СМП и имеющих в качестве сопутствующего заболевания болезни кожи, служит распределение их по отделениям разного профиля. Больные с заболеваниями кожи были госпитализированы в отделения всех профилей стационара СМП, но большинство таких больных (77,4%, $p < 0,05$) были госпитализированы в отделения хирургического профиля, в том числе 26,3% – в хирургические отделения, 14,9% – в травматологические отделения и 10,2% – в ожоговое отделение. В отделения терапевтического профиля были госпитализированы 22,6% всех больных, имеющих сопутствующие заболевания кожи, основная часть таких больных – 15,2% от общего количества всех госпитализированных – были направлены в неврологические отделения. Во всех остальных 13 отделениях больницы СМП доля больных, имеющих сопутствующие заболевания кожи, колебалась от 3,3% в торакальном отделении до 0,9% – в отделении пластической хирургии.

Особый интерес представляет структура диагнозов, послуживших причиной госпитализации в больницу СМП у больных с сопутствующей дерматологической патологией (ДП) (таблица 3.2.2).

В соответствии с характером заболеваемости населения в настоящее время 1-е место в структуре заболеваний (21,0%), послуживших причиной госпитализации больных с ДП в больницу СМП, занимают болезни системы кровообращения (БСК), которые и среди больных без ДВП занимают также первое место, составляя 21,0% среди всех госпитализированных. 2-е место (16,6%) принадлежит больным, с заболеваниями нервной системы, а 3-е – с болезнями органов дыхания (16,3%).

В сумме на долю больных с БСК, органов дыхания и нервной системы приходится более половины (53,9%) всех госпитализированных в больницу СМП и имеющих сопутствующие заболевания кожи. Среди больных без ДВП на долю больных с перечисленными диагнозами приходится 45,8%, а в группе больных, имеющих положительные реакции МРП и ИФА на сифилис – только 24,8%.

Таблица 3.2.2 – Структура диагнозов основного заболевания у больных I, II и III групп пациентов, %

Диагноз основного заболевания	Группы пациентов			Р*
	без ДВП (I группа), %	с МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа), %	с кожными болезнями (III гр.), %	
1	2	3	4	5
Болезни системы кровообращения	21,0	18,7	21,0	$p_{2,3,4} > 0,05$
Болезни органов дыхания	11,8	3,3	16,3	$p_{3-2,4} < 0,01$
Болезни нервной системы	13,0	2,8	16,6	$p_{3-2,4} < 0,01$
Травмы	17,0	19,4	15,0	$p_{2,3,4} > 0,05$
Болезни органов пищеварения	12,0	17,6	10,1	$p_{2,3,4} > 0,05$
Болезни мочеполовой системы	11,0	25,8	4,7	$p_{2,3,4} < 0,01$
Новообразования	6,0	1,4	7,3	$p_{3-2,4} < 0,05$
Прочие заболевания	8,2	11,0	9,0	$p_{2,3,4} > 0,05$
Итого	100,0	100,0	100,0	

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Кроме перечисленных выше диагнозов основного заболевания значительное место в I, II и III группах занимают больные, госпитализированные с травмами и болезнями органов пищеварения. В сумме на эти диагнозы приходится 25,1% в группе больных с сопутствующими кожными болезнями, 37,0% – с положительными реакциями на сифилис и 29,0% – без ДВП.

Таким образом, структура больных по основному диагнозу, послужившему причиной госпитализации в больницу СМП, несколько отличается в трех группах больных, но больные с сопутствующими кожными болезнями по структуре основного диагноза ближе к группе больных без ДВП,

чем больные с выявленными в стационаре положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис. Основной причиной таких различий являются различия в половозрастной структуре больных.

Структура каналов госпитализации больных в стационар СМП с сопутствующий ДП (III группа) имеет некоторые отличия от таковой у пациентов I и II групп. При некоторых колебаниях доли больных, направленных врачами различных медицинских организаций, наблюдается сравнительно высокая доля (14,8%) больных, поступивших без направления медицинской организации, т.е. «самотеком», в группе больных I группы таких было 8,6%, а II группы – только 6,7% ($p < 0,05$).

Важным фактором, характеризующим организацию экстренной медицинской помощи, являются сроки госпитализации пациентов от начала заболевания. Из общего числа больных, имеющих в качестве сопутствующего заболевания болезни кожи, абсолютное большинство (96,4%, $p < 0,01$) были госпитализированы в больницу СМП в экстренном порядке и только 3,6% – в плановом порядке. Почти 4/5 всех госпитализированных (79,4%, $p < 0,01$) в экстренном порядке поступили в стационар в течение первых суток от начала заболевания (обострения болезни), в том числе 40,5% – в первые 6 часов, однако, каждый пятый больной (20,6%) был госпитализирован позднее суток от начала заболевания. Особенно много таких больных (42,1%) оказалось среди госпитализированных с травмами, что, скорее всего, связало с несвоевременностью обращения пострадавших за медицинской помощью.

Значимым фактором, определяющим целый ряд показателей работы стационара, является метод лечения. Хирургическая активность в отношении больных, имеющих кожные заболевания (III группа), составила 88,3%, что значительно выше ($p < 0,01$), чем у больных с МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа) (53,2%, $p < 0,01$), и значительно выше среднего уровня хирургической активности по стационару СМП (33,9%, $p < 0,01$). Это связано с тем, что целый ряд кожных заболеваний (прежде всего абсцессы кожи, фурункулы, карбункулы, хронические язвы кожи) подлежат, как правило, оперативному

лечению. Только 11,7% больных с кожными заболеваниями лечились в стационаре СМП консервативными методами.

Из общего числа прооперированных больных большинству (81,0%, $p < 0,01$) выполнено одно оперативное вмешательство, а 19,0% – по две операции и более, в том числе 11,9% перенесли по три и более операций. В расчете на одного прооперированного больного в среднем приходится по 1,33 оперативных вмешательств (в среднем по стационару СМП этот показатель составил 1,39). Высокая хирургическая активность у больных III группы связана как со структурой диагнозов ДП, так и с диагнозом основного заболевания (больше 3/4 больных (77,4%, $p < 0,01$) были госпитализированы в различные отделения хирургического профиля). Следует отметить, что почти каждый пятый (19,0%) из данной группы больных имели повторные оперативные вмешательства, что, безусловно, влияет на различные показатели работы стационара – длительность пребывания больных в стационаре, экономические показатели деятельности стационара и другие.

Важными показателями работы стационара являются показатели, характеризующие исходы заболевания. Распределение больных с сопутствующей ДП в больнице СМП по исходам лечения свидетельствует о том, что кожные заболевания либо сами являются тяжелыми заболеваниями и ведут к неблагоприятному исходу лечения, либо существенно утяжеляют состояние больных с различными заболеваниями, имеющими в качестве сопутствующего кожные болезни. Если в среднем по стационару больничная летальность пациентов за изученный период колебалась от 4,6% до 5,6%, то показатель летальности в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями составил в среднем $23,8 \pm 0,3\%$. Практически 3/4 пациентов с ДП были выписаны из стационара, 1,3% – переведены в другие стационары (ревматологический, психоневрологический, туберкулезный). Распределение больных с сопутствующей ДП разного возраста по исходам лечения представлено таблица 3.2.3. В группе лиц молодого возраста (до 25 лет) не было умерших (при оценке нулевого эффекта и $t=2$ колебания показателя

возможны от 0 до 4,78%), и 100,0% больных были выписаны из стационара, что достоверно превышает данный показатель в других возрастных группах ($p<0,01$). В группе больных 25-59 лет (31,5%) уровень больничной летальности оказался выше, чем в старшей возрастной группе (60 лет и старше) – 18,5% ($p<0,01$).

Таблица 3.2.3 – Распределение больных с сопутствующими кожными заболеваниями разного возраста по исходам лечения, %

Исход лечения	Возраст, лет			Итого	М	m	p*
	< 25	25–59	60 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8
Выписан	100,0	66,6	80,5	74,9	48,1	0,51	$p_{2-3,4;3-4}<0,05$
Умер	–	31,5	18,5	23,8	60,8	0,44	$p_{3-4}<0,01$
Переведен в др. стационар	–	1,9	1,0	1,3	42,9	0,49	$p_{3-4}>0,05$
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	53,7	0,40	

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Естественно, что уровень летальности определяется, прежде всего, основным заболеванием, с которым пациент был госпитализирован в стационар СМП, поэтому при разных заболеваниях показатель больничной летальности в III группе больных колеблется весьма значительно. При среднем уровне летальности в данной группе больных (23,8%) у госпитализированных по поводу заболеваний мочеполовой системы больничная летальность оказалась наиболее высокой – 46,6% ($p<0,01$). Практически такой же высокий уровень летальности отмечается у больных, с «прочими» заболеваниями (45,8%, $p<0,01$). Несколько ниже, но также весьма высокий уровень летальности наблюдается у больных, госпитализированных с эндокринными заболеваниями (38,5%), болезнями системы кровообращения (37,7%, $p<0,05$) и болезнями органов пищеварения (35,9%, $p<0,05$). Наиболее низкий уровень летальности в данной группе отмечается у больных с заболеваниями костно–мышечной системы (3,5%, $p<0,01$); психическими расстройствами (2,6%, $p<0,01$); в этих двух группах больных имеет место наиболее высокий удельный вес больных, переведенных в другой стационар: соответственно, 4,6% и 10,6%, $p<0,01$.

Как уже отмечено выше, важным показателем, характеризующим работу стационара, является средняя длительность пребывания больного в стационаре. Он является многофакторным. Определенную роль в его формировании играют и сопутствующие заболевания. Средняя длительность пребывания в стационаре СМП больных с кожными заболеваниями оказалась сравнительно высокой – $14,1 \pm 0,1$ сут. Распределение больных по сгруппированным срокам пребывания в стационаре свидетельствует, что только каждый четвертый больной (25,0%) находился в стационаре до одной недели, что в 1,5-2,0 раза меньше, чем среди пациентов I и II групп (в I-й группе таких пациентов было 38,0%, а во II-й – 48,9%, $p < 0,01$) (таблица 3.2.4). При этом распределение пациентов III группы по сгруппированным срокам пребывания в стационаре в отличие от пациентов I и II групп является более равномерным ($p > 0,05$).

Таблица 3.2.4 – Распределение больных I, II и III групп по сгруппированным срокам пребывания в стационаре и средняя длительность пребывания в стационаре, %

Характер патологии	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	< 6	7–13	14–21	22 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I группа (без ДВП)	38,0	26,0	14,6	21,4	100,0	12,4	0,1	$p_{2-3,4,5;3-4} < 0,05$
II группа (с (+) МРП и ИФА на сифилис)	48,9	20,9	12,4	17,8	100,0	10,9	0,1	$p_{2-3,4,5} < 0,05$
III группа (с ДП)	25,0	30,2	21,2	23,6	100,0	14,1	0,1	$p > 0,05$
Всего	35,9	27,3	16,4	20,4	100,0	12,5	0,2	$p_{2-4,5;3-4} < 0,05$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Средняя длительность пребывания в стационаре больных с сопутствующей ДП различается у пациентов разного возраста. Закономерно, что с увеличением возраста больных растет их доля с длительностью пребывания в стационаре более трех недель с 16,4% в группе больных 25-44 лет до 21,1% в группе больных 45-59 лет и 28,8% у лиц пожилого и

старческого возраста ($p < 0,05$). Среди пациентов в возрастной группе до 25 лет вообще не оказалось больных, которые находились бы в стационаре более трех недель. Средняя длительность пребывания больных в стационаре растет с увеличением их возраста с $12,2 \pm 0,3$ дней в группе больных молодого возраста (до 25 лет) до $12,4 \pm 0,2$ дней в группе больных 25–59 лет и $15,6 \pm 0,3$ день у больных 60 лет и старше.

Значимые различия средней длительности пребывания больных с ДП в стационаре наблюдаются у больных, госпитализированных в отделения различного профиля. Заметно ниже, чем в среднем по стационару, наблюдается этот показатель в таких отделениях, как отделение пластической хирургии ($6,3 \pm 0,1$ сут., $p < 0,05$), сочетанной травмы ($7,8 \pm 0,1$ сут.), торакоабдоминальное ($8,5 \pm 0,1$ сут.), гинекологическое ($9,4 \pm 0,1$ сут.), урологическое ($9,6 \pm 0,1$ сут.). В то же время, в других отделениях средняя длительность пребывания больных на койке с ДП заметно выше средней по больнице: в кардиологическом – $16,8 \pm 0,2$ сут., терапевтическом – $17,1 \pm 0,3$ сут., неврологическом – $17,4 \pm 0,3$ сут., нейрохирургическом – $19,8 \pm 0,3$ сут. Наиболее высокая средняя длительность пребывания в стационаре имеет место у больных ожогового отделения – $32,6 \pm 0,5$ сут. ($p < 0,01$).

Показатель средней длительности пребывания больных с ДП в отделениях разного профиля, прежде всего, определяется основным диагнозом, по поводу которого больной поступил в больницу СМП (таблица 3.2.5).

Интересно, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с болезнями системы кровообращения ($14,1 \pm 0,1$ сут.) и болезнями мочеполовой системы ($14,1 \pm 0,1$ сут.) совпадает с показателем средней длительности пребывания больного на койке в целом по больнице. При некоторых заболеваниях данный показатель заметно ниже, чем в среднем: у больных с новообразованиями ($11,8 \pm 1,6$ сут.), эндокринными заболеваниями ($11,8 \pm 0,9$ сут.). В то же время у больных с психическими расстройствами ($18,0 \pm 0,8$ сут.), травмами ($18,1 \pm 0,4$ сут.), болезнями крови ($18,7 \pm 1,5$ сут.)

средняя длительность пребывания в стационаре заметно выше среднего показателя по больнице.

Таблица 3. 2.5 – Распределение больных с сопутствующей дерматологической патологией по основному диагнозу и сгруппированным срокам пребывания в стационаре СМП, %

Характер патологии	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	≤ 6	7–13	14–21	22 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Новообразования	48,9	14,3	14,3	22,5	100,0	11,8	1,62	$p_{2-3,4,5}<0,01$
Болезни крови	7,1	3,6	64,3	25,0	100,0	18,7	1,48	$p_{4-2,3,5}<0,01$ $p_{5-2,3}<0,01$
Заболевания эндокринной системы	30,8	38,5	15,4	15,3	100,0	11,8	0,90	$p_{2,3-4,5}<0,01$
Психические расстройства	–	–	94,7	5,3	100,0	18,0	0,81	$p_{4-5}<0,01$
Болезни нервной системы	8,0	61,8	27,3	2,9	100,0	12,0	0,57	$p_{3-2,4,5}<0,01$ $p_{4-2,5;2-5}<0,01$
Болезни системы кровообращения	27,2	19,8	34,0	19,0	100,0	14,1	0,31	$p_{4-3,5}<0,01$
Болезни органов дыхания	38,5	16,6	8,9	36,0	100,0	14,5	1,11	$p_{2,5-3,4}<0,01$ $p_{3-4}<0,05$
Болезни костно–мышечной системы	23,3	34,9	14,0	27,8	100,0	14,4	1,01	$p_{3-2,4;2-4}<0,05$
Болезни мочеполовой системы	35,6	19,5	14,4	30,5	100,0	14,1	0,27	$p_{2,5-3,4}<0,05$
Травмы	13,6	22,6	15,8	48,0	100,0	18,1	0,36	$p_{5-2,3,4}<0,01$ $p_{2-3}<0,05$
Болезни органов пищеварения	43,8	41,0	4,8	10,4	100,0	9,3	0,22	$p_{2,3-4,5;4-5}<0,01$
Прочие болезни	28,8	23,7	35,6	11,9	100,0	12,9	1,02	$p_{2,3,4-5}<0,01$
Всего	25,0	30,2	21,2	23,6	100,0	14,1	0,13	$p>0,05$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Логично было бы ожидать влияния на показатель средней длительности пребывания пациентов в стационаре СМП сроков госпитализации от начала заболевания, тем более, когда речь идет о больных, госпитализированных по экстренным показаниям. Между тем, при изучении контингента больных с сопутствующей ДП выявилась противоположная тенденция (таблица 3.2.6). С

увеличением времени от начала заболевания до госпитализации средняя длительность пребывания в стационаре больных достоверно снижается с $14,8 \pm 0,13$ сут. в группе больных, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания до $14,1 \pm 0,11$ сут. в группе больных госпитализированных в период от 7 часов до суток и $13,5 \pm 0,15$ сут. у госпитализированных позднее суток от начала заболевания ($p < 0,001$).

Таблица 3.2.6 – Распределение больных с сопутствующей кожной патологией по срокам госпитализации от начала заболевания и сгруппированным срокам пребывания в стационаре СМП, %

Время госпитализации от начала заболевания	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	≤ 6	7–13	14–21	22 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1–6 часов	19,1	26,1	29,3	25,5	100,0	14,8	0,13	$p_{2-4} < 0,05$
7–24 часа	26,2	32,4	16,6	24,8	100,0	14,1	0,11	$p_{2,3-4} < 0,05$
Свыше суток	27,9	36,3	14,8	21,0	100,0	13,5	0,15	$p_{2,3-4} < 0,05$
В плановом порядке	61,1	17,8	16,7	4,4	100,0	9,3	0,44	$p_{2-3,4,5} < 0,01$ $p_{3,4-5} < 0,05$
Всего	25,0	30,2	21,2	23,6	100,0	14,1	0,13	$p > 0,05$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

В группе больных, госпитализированных в данный стационар в плановом порядке, средняя длительность пребывания в стационаре составила $9,3 \pm 0,44$ сут. С увеличением периода от начала заболевания до поступления в стационар доля больных, находившихся в стационаре до 7 дней, растет от 19,1% у госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания до 27,9% у госпитализированных позднее суток. Еще более заметно растет доля выбывших больных с длительностью пребывания до двух недель: с 45,2% в группе госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания до 64,2% в группе госпитализированных позднее суток ($p < 0,01$). Естественно, с увеличением периода от начала заболевания до госпитализации снижается доля больных, находившихся в стационаре более длительные сроки: три

недели и более. Можно предположить, что при организованной в современных условиях в городе госпитализации больных по экстренным показаниям более тяжелые больные поступали в стационар в более ранние сроки от начала заболевания и, в силу тяжести заболевания, находились на больничной койке более длительные сроки.

Заметную роль в формировании длительности пребывания больных в стационаре играет длительность предоперационного периода. В группе больных, прооперированных в первый же день госпитализации, средняя длительность пребывания в стационаре составила $13,6 \pm 0,1$ сут. (таблица 3.2.7), а в группе больных, прооперированных на 3-ий день и позднее от момента госпитализации, средняя длительность пребывания в стационаре составила $18,8 \pm 0,3$ сут.

Таблица 3.2.7 – Распределение больных с сопутствующей кожной патологией по длительности предоперационного периода и сгруппированным срокам пребывания в стационаре СМП, %

Время госпитализации от начала заболевания	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	≤ 6	7–13	14–21	22 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-е сутки	27,5	31,0	18,9	22,6	100,0	13,6	0,1	$p_{3-4} < 0,05$
2-е сутки	18,0	23,4	26,1	32,5	100,0	16,5	0,3	$p_{2-5} < 0,01$
3-и сутки и позднее	5,5	23,5	32,6	38,4	100,0	18,8	0,3	$p_{2-3,4,5} < 0,01$
При оперативном лечении, всего	23,9	29,6	21,2	25,3	100,0	14,5	0,13	$p > 0,05$
При консервативном лечении, всего	33,4	34,5	21,5	10,6	100,0	11,2	0,26	$p_{5-2,3,4} < 0,01$
Всего	25,0	30,2	21,2	23,6	100,0	14,1	0,10	$p > 0,05$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Доля больных, находившихся в стационаре более трех недель, растёт с 22,6% в группе больных, прооперированных в первый день пребывания в стационаре, до 38,4% в группе больных с предоперационным периодом длительностью три дня и более ($p < 0,01$).

Следует отметить, что в группе больных, пролеченных только консервативно, средняя длительность пребывания в стационаре заметно ниже ($11,21 \pm 0,26$ сут.), чем в группе оперированных больных ($14,5 \pm 0,13$ сут.), а доля больных, находившихся в стационаре более трех недель, составляет только 10,6% ($p < 0,01$). Таким образом, требование в отношении максимально возможного сокращения предоперационного периода является вполне обоснованным, хотя, естественно, на первый план выступает медицинская целесообразность и возможность такого сокращения.

В группе больных, имеющих в качестве основного или сопутствующего заболевания кожные болезни, как было отмечено выше, 88,3% были прооперированы, а 11,7% получили только консервативное лечение. Абсолютному большинству (81,0%, ($p < 0,01$)) из числа прооперированных было выполнено только одно оперативное вмешательство, каждый пятый больной (19,0%) был прооперирован повторно, в том числе 7,1% больным выполнены по два оперативных вмешательства, а 11,9% – по три и более. Средняя длительность пребывания больных в стационаре зависит от числа проведенных, операций. Если в группе больных, имевших только одно оперативное вмешательство, средняя длительность пребывания в стационаре составила $13,3 \pm 0,11$ сут., и только 19,6% находились в стационаре более трех недель, а 26,9% были выписаны в течение одной недели, то среди больных, имевших по две операции, средняя длительность пребывания в стационаре составила $15,6 \pm 0,14$ сут., и 28,7% пациентов находились в стационаре более трех недель, в течение одной недели из стационара выбыли только 18,5% таких больных, В группе больных, перенесших по три и более операции, средняя длительность пребывания в стационаре составила $21,0 \pm 0,18$ сут. и 62,1% пациентов находились в стационаре более трех недель, а со сроком пребывания до одной недели было только 6,8% больных (в числе которых, очевидно, основную долю составили умершие пациенты).

Значительное влияние на показатель средней длительности пребывания больных в стационаре оказывает исход лечения в стационаре (таблица 3.2.8). В

группе выписанных из стационара больных средняя длительность пребывания их на койке оказалась достоверно выше ($14,2 \pm 0,13$ сут.), чем в группе больных с летальным исходом ($13,7 \pm 0,18$ сут.), $p < 0,05$. Наиболее высокая средняя длительность пребывания больных в стационаре ($16,0 \pm 1,2$ сут.) оказалась у больных, переведенных из больницы СМП в другие стационары (в основном, ревматологического, психоневрологического, туберкулезного профиля).

Таблица 3.2.8 – Распределение больных с сопутствующей кожной патологией по исходом лечения и длительности пребывания в стационаре СМП, %

Исход лечения в стационаре	Длительность пребывания в стационаре, сут.				Итого	М	m	p*
	≤ 6	7–13	14–21	22 и >				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Выписан	22,4	32,4	22,6	22,6	100,0	14,2	0,13	$p > 0,05$
Умер	32,9	24,0	16,9	26,2	100,0	13,7	0,18	$p_{4-2,5} < 0,05$
Переведен в др. – стационар	33,9	6,7	23,3	36,1	100,0	16,0	1,2	$p_{3-2,4,5} < 0,05$ $p_{4-5} < 0,05$
Всего	25,0	30,2	21,2	23,6	100,0	14,1	0,13	$p > 0,05$

*достоверность различий данных соответствующих столбцов

Таким образом, на среднюю длительность пребывания в стационаре СМП больных с сопутствующими кожными заболеваниями замечное влияние оказывают возраст больных, основной диагноз, послуживший причиной госпитализаций, профиль отделения, метод лечения, длительность предоперационного периода у оперированных больных и число выполненных операций, а так же исходы лечения. Не доказано какое-либо влияние на данный показатель сроков госпитализации экстренных больных от начала заболевания.

Больные с сопутствующими заболеваниями кожи, госпитализированные в больницу СМП по экстренным показаниям, нуждаются в проведении различных лабораторно-диагностических исследований. В связи с необходимостью проведения некоторых лабораторно-диагностических исследований повторно у одного и того же больного в течение госпитализации нами были рассчитаны показатели потребности больных в различных лабораторно-диагностических исследованиях в расчете на 100

госпитализированных больных. Как видно из таблицы 3.1.14, больные, имеющие заболевания кожи в качестве основного или сопутствующего заболевания нуждаются в большом объеме самых различных лабораторно–диагностических исследований.

В среднем на 100 изученных больных потребовалось в течение пребывания их в стационаре СМП 5078,2 различных исследований, т. е. на одного больного практически 50 исследований (что в три раза превышает такую потребность у больных данного стационара с выявленными положительными реакциями на сифилис, $p < 0,01$). Если различные методы лучевой диагностики у больных с заболеваниями кожи (III группа) используются в 1,3 раза чаще, чем у больных II группы ($p < 0,01$), то различных лабораторных исследований (прежде всего, различных исследований крови) больным с кожными заболеваниями потребовалось в 3,7 раза больше ($p < 0,01$).

У больных III группы весьма часто используются различные лучевые методы исследований, что обусловлено потребностями основного заболевания, послужившего причиной госпитализации в стационар СМП. На 100 таких больных потребовалось выполнить 313,0 рентгенографических исследований, 137,6 – ультразвуковых исследований и в три раза больше, чем у больных II группы ($p < 0,01$) высокотехнологичных лучевых методов исследования – МРТ и КТ. Среди лабораторно-диагностических исследований наиболее часто проводились: биохимические анализы крови 839,7 исследований на 100 больных, клинический анализ крови 570,0 исследований на 100 больных. В связи с необходимостью проведения переливания крови у таких больных на 100 госпитализированных было проведено 329,4 исследований основных групп крови.

Таким образом, больные с сопутствующими заболеваниями кожи, поступающие в стационар СМП, нуждаются в выполнении большого объема самых различных лабораторно-диагностических исследований, что, естественно, отражается на экономических показателях организации.

Как и при других заболеваниях, у больных, доставленных в стационар СМП по экстренным показаниям, нередко требуется проведение консультаций врачей разных специальностей. На 100 больных с заболеваниями кожи было проведено 124,7 консультаций врачей различных специальностей, в том числе 31,4 – консультаций врачей-терапевтов, 92,7 – врачей других специальностей и только 0,6 консультаций врачей-дерматовенерологов.

Разумеется, при некоторых заболеваниях кожи (абсцессы, фурункулы, карбункулы) врачи-хирурги могут вполне самостоятельно оказать помощь больному в полном объеме. Но, во-первых, при многих заболеваниях кожи и для хирурга не будет лишним консультация врача-дерматовенеролога, а во-вторых, менее $\frac{1}{4}$ (23,6%) всех больных с сопутствующими заболеваниями кожи были госпитализированы в хирургические отделения.

Таким образом, совершенствование качества и, прежде всего, доступности специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями кожи в стационаре скорой медицинской помощи является весьма актуальной проблемой.

Обобщая наиболее значимые данные, полученные при анализе контингента пациентов с сопутствующими кожными заболеваниями, следует отметить следующее:

1. Особенности медико-статистической характеристики пациентов являются незначительное преобладание мужчин (57,5%) и лиц пожилого и старческого возраста: 53,9% больных составили лица 60 лет и старше. Почти 1/3 пациентов (29,9%) составили неработающие лица, даже в группе больных трудоспособного возраста (25-59 лет) – 41,8%.

2. Структура больных с сопутствующими кожными заболеваниями по основному диагнозу была близка к группе больных без ДВП: 77,4% пациентов были госпитализированы в отделения хирургического профиля, первое место в структуре заболеваний, послуживших причиной госпитализации (как и больных без ДВП) занимают болезни системы кровообращения – 21,0%, второе

– заболеваниями нервной системы – 16,6%, третьи – болезни органов дыхания – 16,3%.

3. Абсолютное большинство (96,4%) пациентов с сопутствующими кожными заболеваниями были госпитализированы в экстренном порядке, из них почти 4/5 (79,4%) поступили в стационар в течение первых суток от начала заболевания (обострения болезни), в том числе 40,5% – в первые 6 часов. Наблюдается сравнительно высокая доля (14,8%) больных, поступивших без направления медицинских учреждений, т.е. «самотеком» (в группе без ДВП – 8,6%).

4. Хирургическая активность в отношении больных, имеющих кожные заболевания, составила 88,3%, что значительно выше среднего уровня хирургической активности по стационару СМП (33,9%). Это связано с тем, что целый ряд кожных заболеваний (прежде всего, абсцессы кожи, фурункулы, карбункулы, хронические язвы кожи) подлежат, как правило, оперативному лечению. Кроме того, больше 3/4 таких больных (77,4%) были госпитализированы в различные отделения хирургического профиля.

5. Анализ исходов лечения больных с дерматологической патологией свидетельствует, что кожные заболевания либо сами являются тяжелыми заболеваниями и ведут к неблагоприятному исходу лечения, либо существенно утяжеляют течение основного заболевания и влияют на исход. Если в среднем по стационару больничная летальность за изученный период колебалась от 4,6% до 5,6%, то показатель летальности в группе больных с кожными заболеваниями составил в среднем 23,8%.

6. Средняя длительность пребывания в стационаре СМП больных с кожными заболеваниями оказалась сравнительно высокой – 14,1 сут., она определялась возрастом больных, основным диагнозом, послужившим причиной госпитализации в больницу СМП, профилем отделения, методом лечения, длительностью предоперационного периода у оперированных больных и количеством выполненных операций, а так же исходом лечения.

7. Больные с сопутствующими заболеваниями кожи нуждаются в большом объеме самых различных лабораторно-диагностических исследований, что отрицательно отражается на экономических показателях медицинской организации: на 100 больных с заболеваниями кожи было выполнено 5078,2 различных лабораторных исследований (на 1-го больного – практически 50 исследований), 124,7 консультаций врачей-специалистов.

Таким образом, совершенствование качества и доступности специализированной дерматовенерологической помощи больным в стационаре скорой помощи является весьма актуальной проблемой. Необходима разработка новых принципов и моделей организации лечебно-диагностического процесса, среди которых – внедрение методов экспресс-диагностики. Очевидной становится и роль скорой медицинской помощи стационарного отделения скорой медицинской помощи (приемно-диагностического) и врача-дерматовенеролога в штате стационара скорой помощи.

ГЛАВА 4.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Экономические аспекты деятельности стационаров в условиях развития рыночных отношений и системы ОМС продолжают сохранять актуальность и представляют большой интерес при анализе их работы. Особое значение эти вопросы приобретают при изучении проблем стационарного лечения пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям и имеющих сопутствующие заболевания, в частности – кожные и венерические болезни. Экономические вопросы работы стационаров при госпитализации таких больных изучались по трем направлениям:

1. Анализ доходов стационара в системе ОМС при госпитализации по экстренным показаниям больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией (ДВП).
2. Анализ расходов стационара на содержание больных с сопутствующей ДВП.
3. Стоимость медикаментозного лечения больных с сопутствующей ДВП.

Прежде всего, представляет интерес доход, полученный стационаром от госпитализации и лечения больных с сопутствующей ДВП в стационаре СМП. Сравнение общей суммы дохода, полученного стационаром при госпитализации этой группы больных, с доходами от госпитализации больных без ДВП (I группа) нецелесообразно, т.к. последние представляют хотя и репрезентативную (n=4500), но выборку госпитализированных больных без ДВП. При этом группа больных с сопутствующей ДВП представляют 100% выборку (сплошное исследование). В каждой группе – с положительными реакциями на сифилис (II группа) и с сопутствующими кожными заболеваниями (III группа) – численность больных была значительно меньше.

Поэтому представленные в таблица 4.1. сведения об общем доходе от госпитализации больных с сопутствующей ДВП и без нее являются не совсем корректными при сравнении.

Таблица 4.1 – Общие сведения о доходах по ОМС и расходах стационара СМП при лечении у больных I, II и III групп, тыс. руб.

Группы пациентов	Доход		Общий расход		Расход на медикаменты и перевязочные средства	
	итого	на 1 больного	итого	на 1 больного	итого	на 1 больного
I группа (без сопутствующей ДВП), n=4500	456268,0	98,4 ¹	403726,0	87,0 ⁴	98488,0	21,2 ⁷
II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), n=1088	70352,0	64,5 ²	64516,0	59,3 ⁵	15741,0	14,5 ⁸
III группа (с сопутствующей ДП), n=2512	227613,0	91,0 ³	213667,0	85,4 ⁶	54907,0	28,4 ⁹

Достоверность различий данных: $p_{1,3-2;1-3} < 0,01$; $p_{5-6;4-6} < 0,01$; $p_{7-8,9} < 0,01$.

В данном случае логично сравнивать сведения в расчете на одного больного и, прежде всего, у больных с различной ДВП: с МРП и ИФА (+) на сифилис (II группа) и с сопутствующими кожными заболеваниями (III группа). Как видно из таблицы 4.1, при госпитализации больных с различными сопутствующими заболеваниями кожи стационар получил доход, превышающий более чем в 3 раза доход при госпитализации больных с выявленными в стационаре положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис. Следует иметь в виду, что и общее количество больных с сопутствующими заболеваниями кожи в 2,3 раза больше, чем больных с МРП и ИФА (+) на сифилис.

В связи с этим основное значение имеет доход стационара в расчете на одного пациента. Самый высокий доход в среднем на одного больного стационар получил при госпитализации больных без сопутствующей ДВП – 98.4 тыс. руб. ($p < 0,01$). При госпитализации больных с сопутствующими

кожными болезнями средний доход в расчете на одного больного составил 91,0 тыс. руб. или 92,5% от среднего дохода стационара СМП на одного пациента без сопутствующей ДВП. Наиболее существенные отличия в уровне среднего дохода на одного больного наблюдаются при госпитализации больных с МРП и ИФА (+) на сифилис – 64,5 руб., что составляет только 65,7% от уровня среднего дохода стационара СМП на одного пациента без сопутствующей ДВП. Различия обусловлены, прежде всего, диагнозом основного заболевания, послужившего причиной госпитализации в стационар СМП, и возрастным составом пациентов (глава 3).

Как следует из анализа данных таблица 4.2., средний доход стационара СМП в расчете на одного больного заметно увеличивается с увеличением возраста больных.

Таблица 4.2 – Распределение больных разных групп с сопутствующей ДВП (%) по уровню дохода стационара и средний доход в расчете на одного больного, руб.

Доход, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %				III группа (с сопутствующей ДП), %			
	< 25 лет	25–59 лет	60 лет и старше	итого	< 25 лет	25–59 лет	60 лет и старше	итого
< 50,0	62,3	60,2	37,5	59,7	65,1	60,5	40,7	62,5
50,0-75,0	10,4	14,8	9,4	14,3	6,0	6,5	8,5	6,3
75,0-100,0	11,7	13,1	12,5	13,0	6,3	4,9	8,5	5,8
100,0-150,0	7,8	6,3	9,4	6,5	7,2	8,8	11,8	8,0
150,0 и >	7,8	5,6	31,2	6,5	15,4	19,3	30,5	17,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ср. доход на 1-го больного	44,5	65,3	95,4	64,5	33,5	72,2	108,6	91,0

Так, среди больных с МРП и ИФА (+) на сифилис доход стационара на одного больного увеличивается с 44,5 тыс. руб. в группе больных молодого возраста (до 25 лет) до 65,3 тыс. руб. в группе больных трудоспособного возраста и 95,4 тыс. руб. в группе больных 60 лет и старше ($p < 0,05$). Так же растет доход стационара СМП на одного больного с увеличением возраста больных с сопутствующей ДП. Если у больных молодого возраста (до 25 лет)

он составляет 33,5 тыс. руб., то в группе больных 25–59 лет – 72,2 тыс. руб., а в группе лиц пожилого и старческого возраста – 108,6 тыс. руб. ($p < 0,05$). Такая разница определяется, прежде всего, различием основной патологии, послужившей причиной госпитализации, и возрастной структурой больных II и III групп.

На средний доход стационара большое влияние оказывает лечение больных, за которых он получает 150 тыс. руб. и более за одного больного. В группе больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис на их долю приходится только 6,5%, в том числе, у больных 60 лет и старше – 31,2%. В группе больных с сопутствующей ДП доля больных с оплатой по ОМС 150 тыс. руб. и выше составляет в среднем 17,4%, причем, в разных возрастных группах эта доля колеблется от 15,4% среди больных молодого возраста до 30,5% – среди больных 60 лет и старше.

Большая часть больных (59,7% во II группе и 62,5% в III группе) принесли стационару доход заметно ниже среднего уровня – до 50 тыс. руб. Доля больных с минимальным доходом для стационара колеблется у лиц разного возраста при разных сопутствующих заболеваниях. С увеличением возраста больных имеет место рост их доли с доходом для стационара 150 тыс. руб. в группе больных с МРП и ИФА (+) на сифилис и более с 7,8% среди лиц молодого возраста до 31,2% среди лиц 60 лет и старше до 31,2% среди лиц старше трудоспособного возраста ($p < 0,01$). Среди больных с сопутствующей ДП доля пациентов с доходом для стационара до 50 тыс. руб. снижается с увеличением возраста с 65,1% в группе лиц до 25 лет до 40,7% в группе лиц 60 лет и старше. Разумеется, с увеличением возраста растет доля больных с доходом для больницы 150 тыс. руб. и больше: с 15,4% в группе лиц молодого возраста до 30,5% в группе лиц 60 лет и старше ($p < 0,05$).

Доходы стационара, получаемые за пролеченных больных, кроме диагноза и возраста больных, находятся в прямой корреляционной связи с длительностью пребывания больных в стационаре (таблица 4,3).

Таблица 4.3 – Распределение больных II и III групп с разной длительностью пребывания в стационаре (сут.) по уровню дохода стационара и средний доход в расчете на одного больного

Доход, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %					III группа (с сопутствующей ДП), %				
	< 7 сут.	7–14 сут.	15–21 сут.	22 сут. и >	итого	< 7 сут.	7–14 сут.	15–21 сут.	22 сут. и >	итого
< 50,0	99,6	52,4	–	–	59,7	89,8	74,5	66,4	14,7	62,5
50,0-75,0	0,2	14,5	31,1	21,2	14,3	4,7	7,7	5,5	6,9	6,3
75,0-100,0	0,2	9,7	28,9	30,7	13,0	1,6	4,2	7,3	10,8	5,8
100,0-150,0	–	19,4	15,6	3,1	6,5	2,4	5,3	9,8	16,0	8,0
150,0 и >	–	4,0	24,4	45,0	6,5	1,5	8,3	11,0	51,6	17,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ср. доход на 1 больного,	17,9	41,88	79,7	209,2	64,5	19,1	59,9	86,5	209,2	91,0

Так, в группе больных с МРП и ИФА (+) на сифилис доходы стационара в расчете на одного больного растут с 17,9 тыс. руб. у больных, находившихся в стационаре не более одной недели, до 41,8 тыс. руб. у больных с длительностью пребывания на койке от одной до двух недель, 79,7 тыс. руб. у больных с длительностью пребывания в стационаре от двух до трех недель и 209,2 тыс. руб. – с длительностью пребывания более трех недель ($p < 0,05$).

Аналогичная ситуация наблюдается в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями. В группе больных, находившихся в стационаре не более одной недели, средний доход стационара составляет 19,1 тыс. руб., от одной недели до двух недель – 59,9 тыс. руб., от двух до трех недель – 86,5 тыс. руб., а в группе больных с длительностью пребывания на койке более трех недель – 209,2 тыс. руб. ($p < 0,05$). Как следует из анализа данных таблицы, в группах больных с длительностью пребывания в стационаре до одной недели и более трех недель средний доход стационара в расчете на одного больного представляют близкие значения у больных II и III групп. Особенно близки уровни дохода стационара в расчете на одного больного в этих группах пациентов при длительности пребывания в стационаре более трех недель (по 209,2 тыс. руб.). Поскольку показатели средней длительности пребывания в стационаре у этих больных практически не зависят

от наличия изучаемых сопутствующих заболеваний, то остается предположить, что основную роль в таком сходстве играет основной диагноз, послуживший причиной госпитализации в стационар скорой медицинской помощи.

Среди больных, находящихся на лечении в стационаре СМП менее одной недели, абсолютное большинство (99,6% во II группе больных и 89,8% – в III группе, $p < 0,01$) представляют стационару доход в размере не более 50,0 тыс. руб. В то же время в группе больных с длительностью пребывания в стационаре СМП 22 дня и более практически половина (45% у больных II группы и 51,6% у больных III группы) принесли доход стационару в размере 150,0 тыс. руб. и более, в том числе, соответственно, 40,0% и 41,1% – 200,0 тыс. руб. Очевидно, речь идет о схожей по структуре основных диагнозов группе больных, госпитализированных в стационар СМП как среди пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, так и среди пациентов с сопутствующими заболеваниями кожи.

Доходы больницы в расчете на одного больного, в первую очередь, определяются основным диагнозом и соответствующим профилем отделения, в которое госпитализирован больной. Определенный интерес при этом представляет доля больных как с минимальным, так и с максимальным доходом стационара за госпитализацию (таблица 4.4.). Доля больных с минимальным и максимальным доходом для стационара, а также средний доход в расчете на одного больного отличаются не только у больных, госпитализированных в отделения разного профиля, но и у больных, госпитализированных в отделения одного профиля, но имеющих различную сопутствующую ДВП. Как было отмечено выше, средний доход на одного больного с сопутствующими заболеваниями кожи оказался в 1,5 раза выше, чем у больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис.

Правда, если доля больных с минимальным доходом отличается не столь существенно (соответственно, 62,3% и 59,7%), то доля больных с максимальным доходом (150,0 тыс. руб. и более) у больных с сопутствующими

кожными заболеваниями в 2,7 раза выше (17,5%), чем у больных с сопутствующей венерической патологией (6,5%), $p < 0,05$.

Таблица 4.4 – Доля больных с наиболее низким и наиболее высоким доходом стационара, а также средний доход в расчете на одного больного (тыс. руб.) в отделениях разного профиля, %

Отделение	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %			III группа (с сопутствующей ДП), %		
	доля больных с доходом стационара, тыс. руб.:		средний доход, тыс. руб.:	доля больных с доходом стационара, тыс. руб.:		средний доход, тыс. руб.:
	< 50,0	150,0 и >		< 50,0	150,0 и >	
Терапия	5,7	2,9	76,6	46,2	3,8	59,7
Кардиология	33,3	9,5	115,9	13,0	39,2	136,1
Неврология	13,3	33,3	147,3	69,1	5,3	64,6
Нефрология	4,0	12,0	83,4	70,2	–	38,87
Сомато–психиатрия	3,3	10,0	100,9	12,2	12,2	89,3
ОИМ	38,2	5,9	54,8	–	90,3	280,1
Острых отравлений	21,4	1,4	68,1	29,2	8,3	67,3
Хирургия	99,6	–	25,1	81,5	9,3	61,7
Гинекология	100,0	–	25,0	94,4	–	27,1
Нейрохирургия	–	12,0	113,7	4,8	34,9	181,2
Травматология	31,1	11,1	78,3	–	69,7	269,4
Сочетанная травма	26,5	47,1	133,9	63,9	30,9	141,7
Торакоабдоминальное	23,5	3,9	71,8	1,2	66,3	163,5
Кардиохирургия	–	100,0	280,0	–	94,4	313,4
Ожоговое	27,8	13,9	96,8	51,8	9,5	83,2
Эндовидеохирургия	16,7	66,7	244,21	63,6	–	42,7
Урология	35,3	–	49,3	86,0	–	30,3
Анестезиология	20,0	46,7	172,3	80,2	10,6	55,9
Всего	59,7	6,5	64,5	62,3	17,5	91,0

Более того, наблюдается небольшое число отделений, при госпитализации в которые больные II и III групп приносят стационару в среднем примерно одинаковый доход. Среди таких отделений следует отметить кардиологическое, сомато-психиатрическое, отделение острых отравлений, гинекологическое отделение, сочетанной травмы, кардиохирургическое отделение. При госпитализации в отделения других профилей имеют место существенные отличия в уровне среднего дохода стационара в расчете на одного больного, госпитализированного в отделения

одного и того же профиля ($p < 0,05$). Так, среди больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис заметно выше доход стационара в расчете на одного больного наблюдается в отделениях терапии, неврологии, нефрологии, эндовидеохирургии, урологии, анестезиологии ($p < 0,05$). Наоборот, в ряде отделений средний доход за одного госпитализированного больного в группе больных с сопутствующими заболеваниями кожи выше, чем у больных, госпитализированных в отделения аналогичного профиля с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис ($p < 0,05$). Особенно это выражено в таких отделениях, как кардиологическое для больных острым инфарктом миокарда, хирургическое, нейрохирургическое, травматологическое, торакоабдоминальное. В связи с достаточно выраженными различиями в возрастной структуре изученного контингента больных весьма заметны различия в диагнозах, с которыми больше поступают в стационар СМП с сопутствующей ДВП.

Большой интерес при экономическом анализе деятельности стационара представляет изучение расходов медицинской организации, работающей в системе ОМС. Важнейшим условием успешной работа стационара является превышение доходов, полученных за пролеченных больных, над расходами, затраченными на их лечение. В среднем по стационару «себестоимость» (расходы) лечения больных без сопутствующей ДВП составляет за изученный период 87,0 тыс. руб. на одного больного. Таким образом, разница между доходом (финансовыми средствами системы ОМС за пролеченных больных) и расходом (по статьям расходов, предусмотренными в системе ОМС) составляет 11,3 тыс. руб. на одного больного. Больные с сопутствующей ДВП (II и III группы) приносят стационару более низкий доход, чем больные без ДВП (I группа), однако, они имеют и более низкие расходы. Причем, как было отмечено выше, больные III группы близки по уровню дохода и расхода (85,4 тыс. руб.) к больным I группы, разница между доходом и расходом у них составляет 5,6 тыс. руб. Среди больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис доходы и расходы (59,3 тыс. руб.) в расчете на одного

больного заметно ниже, чем у больных с кожными заболеваниями и тем более – у больных без ДВП. А вот разница между доходом и расходом в расчете на одного больного у пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис примерно такая же (5,4 тыс. руб.), как и у больных с сопутствующими заболеваниями кожи.

Таким образом, у больных с сопутствующей ДВП (в II и III группах) отмечается близкая по значениям разница между доходом от госпитализации пациента и суммой расходов на его лечение. Однако, она практически в два раза меньше, чем у пациентов I группы.

И доходы от госпитализации изученных групп больных, и средние расходы на их лечение растут с увеличением возраста пациентов (таблица 4.5.).

Таблица 4.5 – Распределение больных с сопутствующей ДВП по расходам ОМС на их содержание у лиц разного возраста и средние расходы (%) на одного больного, тыс. руб.

Расходы, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %				III группа (с сопутствующей ДП), %			
	< 25 лет	25–59 лет	60 лет и старше	итого	< 25 лет	25–59 лет	60 лет и старше	итого
< 50,0	57,1	87,8	25,0	83,8	37,3	62,6	68,4	65,1
50,0-75,0	15,6	5,4	12,5	6,3	11,9	6,3	8,4	7,6
75,0-100,0	19,5	4,3	3,1	5,3	6,8	5,9	5,0	5,5
100,0-150,0	2,6	0,7	12,5	1,2	18,6	5,6	6,9	6,6
150,0 и >	5,2	1,8	46,9	3,4	25,4	19,6	11,3	15,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Средний расход на 1-го больного	44,8	59,9	76,1	59,3	44,7	75,4	95,5	85,4

Средние расходы на содержание одного больного с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис возрастают с 44,8 тыс. руб. в группе лиц до 25 лет (в этой возрастной группе расходы на одного больного пусть и незначительно (319 руб.), но превышают доходы от их лечения) до 59,9 тыс. руб. в группе лиц 25-59 лет и 76,1 тыс. руб. у лиц 60 лет и старше. В двух последних возрастных группах разница между доходом и расходом стационара на одного больного составила соответственно 5,3 тыс. руб. и 19,4 тыс. руб.

($p < 0,01$). Следует иметь в виду, что доля больных старшей возрастной группы среди пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис составляет менее 3,0% среди всех больных с данной патологией.

Среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями расходы на содержание одного больного в целом и в возрастных группах 25-59 лет и 60 лет и старше заметно превышают такие расходы в соответствующих возрастных группах больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис ($p < 0,05$). У лиц до 25 лет во II и III группах расходы на их содержание в больнице, включая лечение, составляют практически одинаковую сумму: 44,8 тыс. руб. и 44,7 тыс. руб. Среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями в первых двух возрастных группах (до 25 лет и 25-59 лет) расходы на содержание больных превышают доходы (соответственно, на 11,3 тыс. руб. и 3,2 тыс. руб., $p < 0,05$), у больных старшей возрастной группы (60 лет и старше), эта разница недостоверна (доход 108,7 тыс. руб., расход 95,9 тыс. руб., $p > 0,05$). В среднем, среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями доход выше расхода на одного больного составляет чуть больше, чем у больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис – 5,5 тыс. руб. Это связано с тем, что в группе больных с кожными заболеваниями более половины (54,0%) составляют лица 60 лет и старше, у которых доход от лечения заметно превышает расход на их лечение.

Распределение больных по сгруппированным расходам на их содержание свидетельствует о том, что среди больных с сопутствующей венерической патологией абсолютное большинство (83,8%, $p < 0,05$) требуют на свое содержание в стационаре не более 50,0 тыс. руб. и только для 4,6% – расходы в сумме 100,0 тыс. руб. и более. Среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями только 2/3 (65,1%) нуждались в расходах менее 50,0 тыс. руб. на одного больного, и в то же время каждый пятый больной (21,8%) потребовал расходов на свое содержание и лечение в стационаре более 100,0 тыс. руб.

Вторым существенным фактором, влияющим на уровень расходов на содержание и лечение больных в стационаре СМП, является длительность пребывания больных в стационаре. Между тем, в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями средняя длительность пребывания в стационаре СМП практически в 1,3 раза выше ($14,1 \pm 0,1$ сут.), по сравнению с больными, имеющими положительные реакции на сифилис ($10,9 \pm 0,1$ сут.), при среднем показателе по стационару – $8,8 \pm 0,1$ сут. (2017). Естественно, что с увеличением длительности пребывания больных в стационаре растут расходы на их содержание и лечение. Это относится как к больным с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, так и к больным с сопутствующими кожными заболеваниями (таблица 4.6.).

Таблица 4.6 – Распределение больных с сопутствующей ДВП (%) по расходам (по ОМС) на их содержание у лиц с разной длительностью пребывания в стационаре и средние расходы на одного больного, тыс. руб.

Расходы, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %					III группа (с сопутствующей ДП), %				
	< 7 сут.	7-14 сут.	15-21 сут.	22 сут. и >	итого	< 7 сут.	7-14 сут.	15-21 сут.	22 сут. и >	итого
< 50,0	99,8	94,3	65,9	45,9	83,8	92,2	81,5	70,4	11,0	65,1
50,0-75,0	0,2	4,0	18,6	11,3	6,3	3,5	7,1	8,6	11,5	7,6
75,0-100,0	–	1,7	11,1	20,1	5,3	1,6	4,4	5,2	11,1	5,5
100,0-150,0	–	–	2,2	5,2	1,2	2,1	2,6	8,1	15,2	6,6
150,0 и >	–	–	2,2	17,5	3,4	0,6	4,4	7,7	51,2	15,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ср. расход на 1 больного	16,7	33,7	65,2	202,1	59,3	16,5	44,4	74,5	220,7	85,4
На один к/день	4,8	3,2	3,6	6,9	5,4	4,7	4,2	4,1	8,4	6,1

Средняя сумма расходов больницы СМП в расчете на одного больного с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис увеличивается с 16,7 тыс. руб. в группе пациентов, находившихся в стационаре менее одной недели до 33,7 тыс. руб. в группе пациентов с длительностью пребывания в стационаре от одной до двух недель, до 65,2 тыс. руб. у пациентов с

длительностью пребывания на койке от двух до трех недель и очень резко увеличивается в группе пациентов с длительностью пребывания на койке более трех недель – до 209,1 тыс. руб., $p < 0,05$.

Аналогичные закономерности проявляются и среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями. Среди них средняя сумма расходов на одного больного увеличивается с 16,5 тыс. руб. в группе больных с длительностью пребывания менее одной недели до 44,4 тыс. руб. у больных, которые находились в стационаре от одной до двух недель, до 74,5 тыс. руб. у больных с длительностью пребывания от двух до трех недель и 220,7 тыс. руб. у больных, которые находились в стационаре 22 дня и более ($p < 0,05$).

Таким образом, если и имеют место наиболее высокие расходы на содержание больных в стационаре СМП в первые дни их пребывания в стационаре, это касается, прежде всего, больных с наиболее тяжелыми заболеваниями, требующими не только интенсивного обследования и лечения в первые дни госпитализации, но и длительного пребывания в стационаре. Такое положение дел является вполне логичным, так как в первые дни требуются значительные расходы на обследование больных, а, нередко, и их лечение, особенно в случаях проведения экстренных оперативных вмешательств, реанимационных мероприятий, интенсивной терапии.

Средняя стоимость одного койко-дня как у больных с положительными реакциями на сифилис, так и у больных с сопутствующими кожными заболеваниями наиболее высокая в группе пациентов с длительностью пребывания менее одной недели, а затем она несколько снижается, а у больных с высокой длительностью пребывания в стационаре (более трех недель) достигает максимума как во II группе больных, составляя 128% от среднего уровня, так и в III группе больных – 137% от среднего уровня.

И средняя стоимость содержания и лечения одного больного, и средняя стоимость одного койко-дня у больных III группы несколько выше, чем у пациентов II группы. Исключение составляют больные, которые находились в стационаре в среднем менее одной недели и больные, которые находились в

стационаре более трех недель. В этих группах пациентов средняя стоимость содержания больного за все время пребывания в стационаре и средняя стоимость одного койко-дня имеют близкие значения во II и III группах больных. С увеличением длительности пребывания больных в стационаре заметно снижается доля больных с расходами на их содержание до 50,0 тыс. руб. и растет доля больных с высокой (100,0-150,0 тыс. руб.) и наиболее высокой стоимостью (более 150,0 тыс. руб.). Так, в группе больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и длительностью пребывания до 7 сут. абсолютное большинство (99,8%, $p < 0,01$) составили пациенты со стоимостью их содержания не более 50,0 тыс. руб. Среди пациентов с длительностью пребывания более трех недель такую стоимость расходов имели лишь 45,9%. В то же время расходы от 150,0 тыс. руб. и выше имеют место лишь у пациентов с длительностью пребывания в стационаре в течение двух-трех недель (2,2%) и особенно у больных с длительностью пребывания в стационаре 22 сут. и более.

Среди больных с сопутствующими кожными заболеваниями так же абсолютное большинство (92,2%, $p < 0,01$) в группе пациентов с длительностью пребывания в стационаре до 7 сут. потребовали на содержание и лечение не более 50,0 тыс. руб.. Среди больных, находившихся в стационаре 22 сут. и более, с такой суммой расходов было только 11,0%. С очень высокими расходами (150,0 тыс. руб. и более) среди больных с длительностью пребывания в стационаре до 7 сут. было только 0,6%, а в группе больных с длительностью пребывания в стационаре более трех недель доля пациентов со стоимостью содержания более 150,0 тыс. руб. составила более половины – 51,2%.

Доля расходов на медикаменты и перевязочные средства в общей сумме расходов на лечение больных в стационаре СМП составляет примерно 1/4 часть всех расходов, полученных по системе оплаты ОМС. В группе больных без ДВП доля расходов на медикаменты составила 24,4%, а в расчете на одного больного – в среднем 21,2 тыс. руб. Такую же долю в общих расходах (24,4%)

на одного больного с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис составили расходы на медикаменты, а в расчете на одного больного – 14,5 тыс. руб. Чуть большую долю (25,7%) составили расходы на медикаменты в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями, в расчете на одного больного они составили 21,9 тыс. руб.

В расчете на один койко-день расходы на медикаменты и перевязочные средства колебались от 1,3 тыс. руб. у больных II группы до 1,6 тыс. руб. у больных III группы и 1,7 тыс. руб. у больных без ДВП (I группы), $p > 0,05$. Таким образом, можно считать, что наличие у больных больницы СМП в качестве сопутствующих заболеваний положительных реакций (МРП и ИФА) на сифилис и кожных заболеваний практически не влияют на стоимость расходов на медикаменты и перевязочные средства для таких больных в пересчете на один койко-день.

В то же время данные расходы в расчете на весь курс лечения больного в стационаре свидетельствует, что если больные с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис имеют расходы на медикаменты меньше, чем больные без венерологической патологии, то в группе больных с кожными заболеваниями эти расходы хотя и не очень значительно (на 3,4%), но превышают расходы в группе больных, не имеющих сопутствующих кожных заболеваний, что может быть связано и с разной длительностью пребывания больных в стационаре.

Расходы на медикаменты и перевязочные средства имеют отличия у больных разного возраста с сопутствующей ДВП. Так, доля расходов на медикаменты до 50,0 тыс. руб. среди больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис наименьшая (37,5%) в группе больных 60 лет и старше, а наиболее высокая (85,4%) – в группе больных трудоспособного возраста (25–59 лет), $p < 0,05$. Соответственно, в этой возрастной группе наблюдается наиболее низкая доля (14,6%, $p < 0,05$) больных, для которых на расходы на медикаменты составили более 50,0 тыс. руб., а в группе больных 60 лет и старше наблюдается наиболее высокая (62,5%, $p < 0,05$) доля таких

больных. Поэтому в расчете на одного больного с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис наиболее высокие расходы на медикаменты и перевязочные средства имеют место среди больных пожилого и старческого возраста (21,3 тыс. руб.), а наиболее низкие расходы по данной статье (14,1 тыс. руб.) – в группе больных 25–59 лет, $p < 0,05$ (таблица 4.7.).

Таблица 4.7 – Распределение больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией разных возрастных групп по расходам на медикаменты и перевязочные средства (%) и средние расходы на одного больного, тыс. руб.

Расходы на медикаменты, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %				III группа (с сопутствующей ДП), %			
	возраст, лет			итого	возраст, лет			итого
	< 25	25-59	60 и >		< 25	25-59	60 и >	
< 50,0	45,5	85,4	37,5	81,2	78,0	86,6	91,9	89,3
50,0 и >	54,5	14,6	62,5	18,8	22,0	13,4	8,1	10,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В среднем, тыс. руб.	16,5	14,1	21,3	14,5	6,3	20,5	23,8	21,5

Различия в расходах на медикаменты весьма выражены у больных разных возрастных групп, имеющих в качестве сопутствующих кожные заболевания. С увеличением возраста таких больных расходы на медикаменты неуклонно растут с 6,3 тыс. руб. в группе больных до 25 лет до 20,5 тыс. руб. в группе больных 25-59 лет ($p < 0,05$) и 23,8 тыс. руб. у лиц 60 лет и старше, составляя в среднем 21,5 тыс. руб. При этом следует отметить, что доля больных с затратами на медикаменты до 50,0 тыс. руб. с увеличением возраста имеет тенденцию к росту (с 78,0% у молодых до 91,9% у лиц старшего трудоспособного возраста), а доля больных с затратами на медикаменты свыше 50,0 тыс. руб., соответственно, снижается: с 22,0% у молодых до 8,1% у больных 60 лет и старше, $p < 0,01$.

Несмотря на то, что более интенсивный лечебно-диагностический этап, и, соответственно, затраты на лечение, в том числе на медикаменты и

перевязочные средства, приходится на первые дни госпитализации, прослеживается четкая связь между длительностью пребывания больных в стационаре и расходами на медикаменты для таких больных (таблица 4.8.).

Таблица 4.8 – Распределение больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией при разной длительности пребывания (%) в стационаре по расходам на медикаменты и перевязочные средства, и средние расходы на одного больного, тыс. руб.

Расходы на медикаменты и перевязочные средства, тыс. руб.	II группа (с МРП и ИФА (+) на сифилис), %					III группа (с сопутствующей ДП), %				
	< 7 сут.	7-14 сут.	15-21 сут.	22 сут. и >	итого	< 7 сут.	7-14 сут.	15-21 сут.	22 сут. и >	итого
< 50,0	77,4	89,0	63,7	63,4	81,2	98,4	95,6	92,2	68,8	89,3
50,0 и >	22,6	11,0	36,3	36,6	18,8	1,6	4,4	7,8	31,2	10,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В среднем, тыс. руб.	4,7	13,9	23,9	31,5	14,5	6,2	11,5	19,1	56,7	21,5

В группе больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис средние затраты на медикаменты и перевязочные средства неуклонно возрастают с увеличением длительности пребывания их в стационаре: с 4,7 тыс. руб. у пациентов, находившихся в стационаре не более 6 сут., до 31,5 тыс. руб. в группе больных, которые находились в стационаре более трех недель, $p < 0,01$. Аналогичные закономерности имеют место и среди больных, госпитализированных в больницу СМП и имеющих в качестве сопутствующих кожные заболевания, где средние расходы на медикаменты возрастают с 6,2 тыс. руб. в группе больных с длительностью пребывания в стационаре до 7 сут. до 11,5 тыс. руб. у больных, находившихся в стационаре от 7 до 14 сут. и 56,7 тыс. руб. у больных с длительностью пребывания в стационаре 22 сут. и более, $p < 0,05$.

Если в группе больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис пациенты, находившиеся в стационаре более 3-х недель, требуют расходов на медикаменты в 6,8 раза больше, чем больные с длительностью

пребывания менее одной недели, то в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями при длительном пребывании в стационаре (22 сут. и более) такие пациенты требуют расходов на медикаменты в 9 раз больше, чем пациенты с длительностью пребывания в стационаре до одной недели ($p < 0,05$).

Экономические аспекты госпитализации в больницу СМП больных, имеющих в качестве сопутствующей ДВП, имеют определенные отличия как по сравнению с больными без ДВП, так и между больными II и III групп. В среднем, как доходы по ОМС, так и расходы на содержание и лечение больных с сопутствующей ДВП несколько (у больных III группы) или заметно (у больных II группы) ниже, чем у больных без ДВП, причем, доходы превышают расходы. Средняя стоимость одного койко-дня у больных с кожными заболеваниями выше, чем у больных с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис, но при длительности пребывания на койке как до одной недели, так и более трех недель средняя стоимость одного койко-дня у больных II и III групп практически одинаковая. Пациенты с сопутствующей ДВП, очевидно, не требуют дополнительных расходов на медикаменты и перевязочные средства (или не получают их), и такие расходы в среднем за один койко-день составляют сумму (1,3 тыс. руб. у больных II группы и 1,6 тыс. руб. у больных III группы), мало отличающуюся от таковой у больных без ДВП (1,7 тыс. руб.), $p > 0,05$. Однако, за весь период лечения больного в стационаре у больных с кожными заболеваниями расходы на медикаменты превышают такие расходы у больных без ДВП за счет более длительного их пребывания в стационаре.

Таким образом, следует полагать, что наличие сопутствующих кожных и венерических заболеваний у больных, госпитализированных в стационар скорой медицинской помощи по экстренным показаниям, не оказывает заметного влияния на экономическую деятельность стационара, так как большинство пациентов этих групп практически не получают адекватную лечебно-диагностическую помощь ввиду непрофильной патологии.

Однако, больные с сопутствующими заболеваниями кожи нуждаются в большом объеме самых различных лабораторно-диагностических исследований: на 100 больных с заболеваниями кожи было выполнено 4992,6 различных лабораторных исследований (на 1-го пациента – около 50 исследований), 124,7 консультаций врачей различных специальностей (глава 3.2), и за весь период лечения больного в стационаре СМП у больных с сопутствующими кожными заболеваниями расходы на медикаменты по основному заболеванию превышают таковые в группе больных без ДВП за счет более длительного пребывания в стационаре.

Существенным фактором, влияющим на уровень расходов на содержание и лечение больных в стационаре СМП, является длительность пребывания больных в стационаре. В группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями средняя длительность пребывания в стационаре СМП практически в 1,3 раза выше ($14,1 \pm 0,1$ сут.), по сравнению с больными, имеющими положительные реакции на сифилис ($10,9 \pm 0,1$ сут.), при среднем показателе по стационару – $8,8 \pm 0,1$ сут. (2017).

Следует отметить, что финансирование медицинской помощи при кожных и венерических заболеваниях осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи из разных источников – из средств ОМС и бюджета, соответственно. Причем, в нашем случае, когда дерматовенерологическая патология является сопутствующей, оплата осуществляется по основному диагнозу, послужившему причиной госпитализации в стационар скорой медицинской помощи. В связи с этим рост числа госпитализированных с сопутствующими заболеваниями данного профиля требует решение вопроса о дополнительном финансировании лечебно-диагностических мероприятий, в первую очередь – социально опасных заболеваний.

ГЛАВА 5.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

5.1 Организационные аспекты работы врача- дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи

Особенностью современного этапа развития системы скорой медицинской помощи в стране служит совершенствование ее оказания в экстренной и неотложной форме, развитие стационарного этапа оказания скорой медицинской помощи. Этот процесс регламентирован в приказе Минздрава России от 20.06.2013 № 388н, который ввел Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Высокий уровень госпитализации сопровождается увеличением объемных и интенсивных показателей работы стационаров СМП, превышающих нормативные, что в условиях дефицита коечного фонда и ограниченных финансовых ресурсов создает реальную угрозу доступности, оперативности и качеству оказания медицинской помощи. И, если ведущий патологический синдром, служащий поводом для госпитализации и представляющий угрозу для здоровья и жизни пациента, заслуживает приоритетного внимания, то сопутствующая патология зачастую остается в тени.

В условиях крупного многопрофильного стационара СМП отсутствуют проблемы с оперативной организацией консультативной и лечебной помощи при сопутствующих заболеваниях по профилям, которые представлены в стационаре. Однако, в отношении ряда сопутствующих заболеваний, по профилю которых в стационаре нет соответствующих медицинских отделений и дежурящих в круглосуточном режиме специалистов, консультативная и лечебная помощь представляет определенные проблемы. К таким сопутствующим заболеваниям

относятся некоторые венерические и кожные болезни. В то же время высокая распространенность среди населения инфекций, передающихся половым путем, и тяжелых заболеваний кожи, их социальная значимость и эпидемиологическая опасность, трудности диагностики и лечения некоторых форм (бессимптомное течение, стертая клиническая картина, серонегативность) и тяжелее последствия несвоевременного лечения делают актуальным настоящее исследование.

Одной из основных задач на этапе приема поступающих пациентов становится не только их регистрация, но и медицинская сортировка по степени тяжести состояния, инфекционной и социальной опасности для окружающих. Диагностика, выделение из общего потока и изоляция эпидемиологически опасных для окружающих пациентов с сопутствующей ДВП, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи по основному заболеванию, в непрофильном (по дерматовенерологии) стационаре приобретает важное значение и должна стать надежным барьером на пути распространения инфекции. В этом состоит основная задача персонала при оказании специализированной дерматовенерологической помощи.

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с сопутствующей ДВП в стационаре СМП нами изучен и проведен анализ работы врача-дерматовенеролога многопрофильного стационара СМП. Работу врача-дерматовенеролога регламентируют следующие документы:

1. Федеральные законы от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; приказы Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»»; от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»; от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»; от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;

2. Распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга: от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем»; от 24.09.2007 № 479-р/1 «О порядке учета и регистрации инфекционных и паразитарных болезней в Санкт-Петербурге»; от 27.08.2002 № 309-р «О совершенствовании лабораторной диагностики сифилиса, гонореи, других ИПППП, дерматозов и заразных кожных заболеваний»;

3. Профессиональный стандарт дермато-венеролога (Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 142н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-дерматовенеролог»»).

4. Должностная инструкция врача-дерматовенеролога.

Должностными обязанностями врача-дерматовенеролога являются: оказание специализированной ДВП стационарным больным в полном объеме; оказание специализированной ДВП больным амбулаторного отделения на хозрасчетной основе; оказание специализированной ДВП сотрудникам стационара и проведение профилактических осмотров сотрудников по направлению диспансерного врача медицинской организации; ведение учетно-отчетной документации; планирование и анализ работы, ежемесячные и полугодовые и ежегодные отчеты по ИПППП и заразным заболеваниям кожи в городском и областном КВД; разработка рекомендаций по профилактике распространения инфекций; осуществление научных и рабочих контактов с кафедрами дерматовенерологии и лечебными кожно-венерологическими учреждениями города и Ленинградской области; руководство работой среднего медицинского персонала в пределах своих функциональных обязанностей; постоянное повышение уровня своих знаний и квалификации; строгое соблюдение законов РФ и иных нормативных документов.

В связи с отсутствием в стационаре СМП специализированного (профильного) отделения дерматовенерологического профиля врачи-дерматовенерологи должны вести консультативную и лечебно-диагностическую работу на всех отделениях больницы. В их обязанности входит консультативная работа по заявкам лечащих врачей отделениях больницы, а также активное выявление больных заразными заболеваниями кожи и ИПППП. Особую роль играют консультации поступающих пациентов по вызову врача приемно-диагностического отделения (отделения скорой медицинской помощи, СтОСМП) для исключения заразных заболеваний кожи, дифференциальной диагностики сыпей и других сложных случаев.

В соответствие с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология», утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 924н, врач-дерматовенеролог работает в тесном взаимодействии с врачами других специальностей, и основанием для его консультации служит выявление у больных (пострадавших) высыпаний на коже и (или) слизистых оболочках, кожного зуда, симптомов или признаков инфекций, передаваемых половым путем, в том числе жалоб на симптомы уретрита, вульвовагинита и цервицита. При этом он активно использует для работы возможности лечебно-диагностических отделений и служб стационара (физиотерапии, плазмафереза, УФО крови, гипербарической оксигенации и др.). Такое сотрудничество позволяет улучшить качество лечебного процесса и сократить срок лечения патологии кожи.

При этом врач-дерматовенеролог в соответствии с приказом Минздрава СССР от 04.10.80 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» ведет следующую медицинскую документацию:

1. Журнал регистрации серологических исследований (форма № 260/у).
2. Журнал учета инфекционных заболеваний (кожи) (форма № 060/у).
3. Журнал учета инфекционных заболеваний (ИПППП) (форма № 060/у).
4. Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний

(дерматовенеролога) (форма № 128/у).

5. Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у).

А также в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н):

6. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у).

Врач-дерматовенеролог ежедневно проводит работу с входящими телефонограммами по поводу положительных серологических реакций на сифилис, по каждому случаю проводит необходимые мероприятия.

В соответствии с Распоряжением комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций передающихся половым путем» ежемесячно подаются извещения по ф. 089/у–00 в СПб ГБУЗ «ГорКВД» на выявленных больных ИПППП и заразными заболеваниями кожи не позднее 25 числа каждого месяца. Совместно с консультационным организационно-методическим отделом (КОМО) СПб ГБУЗ «ГорКВД» два раза в год составляются годовые и полугодовые отчеты.

5.2 Общие показатели лечебно-диагностической работы врача-дерматовенеролога в стационаре скорой медицинской помощи

При анализе показателей лечебно-диагностической работы врача-дерматовенеролога в стационаре СМП изучен период работы в одном из базовых многопрофильных стационаров в 2013-2017 гг. Исследуемый базовый стационар СМП – один из крупнейших в Санкт-Петербурге, поток обратившихся за помощью пациентов увеличивается год от года: за 2013-2017 гг. он вырос на 8,4% (6226 пациентов; коэффициент корреляции $r_{\text{год-показатель}} = 0,98$ – связь прямая, сильная, различия достоверны). При этом доля пациентов, поступающих в экстренном порядке, составляет около 90%; она также возрасла на 4,4% (2977 пациентов; $r_{\text{год-показатель}} = 0,99$ – связь прямая, сильная, различия

достоверны) (таблица 5.1). Результаты работы врача-дерматовенеролога за тот же период представлены в таблице 5.2.

Таблица 5.1 – Величина входящего потока пациентов в базовый стационар скорой медицинской помощи, 2013-2017 гг.

Показатель		Год			Динамика показателя, 2013-2017	
		2013	2015	2017	+/-, абс. знач.	+/-, %
Общее число поступивших больных (пострадавших), человек		73729	75615	79955	6226	8,4
Число и % пациентов, поступивших в экстренном порядке	абс. знач.	67842	69447	70819	2977	4,4
	%	92,0	91,8	88,6		

Таблица 5.2 – Объемы и структура консультативной работы врача-дерматовенеролога в базовом стационаре СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
Общее число консультаций, в том числе:	2851	100	2873	100	2990	100	139	4,9
болезни кожи	1032	36,2	1108	38,6	1201	40,2	169	16,4
чесотка	61	2,1	72	2,5	60	2,0	−1	−1,6
МРП и ИФА (+) на сифилис	994	34,9	1123	39,1	1208	40,4	214	21,5
ИПППП	25	0,9	27	0,9	32	1,0	7	28,0
осмотры для исключения ДП*	739	25,9	543	18,9	489	16,4	−250	−33,8

*Проводятся при переводе пациентов в отделения сестринского ухода, реабилитационные отделения, в учреждения санаторно-курортного лечения и в других подобных случаях.

Значительную (большую, $p < 0.01$) долю в работе занимают консультации по поводу положительных серологических реакций на сифилис (МРП и ИФА (+) на сифилис) и пациентов с патологией кожи (в 2017 г. - 40,4% и 40,2%, соответственно). Увеличение общего числа консультаций на 4,9% произошло

за счет увеличения объемов именно этих разделов работы, а также за счет увеличения входящего потока в стационар ($r_{\text{поток-число консультаций}} = 0,98$; связь прямая, сильная).

5.3 Лечебно-диагностическая тактика по выявлению и борьбе с распространением сифилиса в условиях стационара скорой медицинской помощи

В соответствии с приказом Минздрава России от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протокола ведения больных «сифилис»», сифилис (Lues) – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем и характеризующееся периодичностью течения.

В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», все пациенты, поступающие в стационар, подлежат обследованию на сифилис. При этом учреждения здравоохранения серологическое обследование взрослого населения в стационарных учреждениях проводят в соответствии с «Показаниями для проведения *отборочных (скрининговых), диагностических и специфических реакций на сифилис*»; лаборатории обязаны незамедлительно передать телефонограмму по поводу положительных серологических реакций на сифилис в учреждение здравоохранения, направившее биологическую жидкость на исследование, и в территориальное кожно-венерологическое учреждение (диспансер, отделение, кабинет) по месту расположения направившего учреждения; медицинская организация должна предоставлять по требованию ГУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» (КВД) или районного кожно-венерологического учреждения (КВУ) всю необходимую информацию и документацию по вопросам лабораторной и клинической диагностики, регистрации, лечению и ведению больных ИПППП и заразными заболеваниями кожи; выполнять требования по взаимодействию с КВУ при

выявлении и ведении больных ИПППП и заразными заболеваниями кожи. Взаимодействие врачей дерматовенерологов, неврологов и других специалистов по диагностике и лечению больных ранним нейросифилисом необходимо осуществлять согласно приказа Минздрава России от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»; при выявлении больных с тяжелым и среднетяжелым течением сифилиса нервной системы – осуществлять перевод больных из венерологических отделений кожно-венерологических стационаров в неврологические отделения для установления топического диагноза и последующего лечения при консультативном участии дерматовенеролога.

Таким образом, согласно современным требованиям, диагностика сифилиса проводится поэтапно:

первый этап начинается с *отборочной (скрининговой) реакции* на сифилис (микрореакция преципитации с плазмой, МРП, экспресс–метод), которой подлежат *все* поступающие стационарные пациенты;

второй этап – *диагностические реакции* на сифилис (*по показаниям*): комплекс серологических реакций (КСР) состоит из реакции связывания комплемента (РСК) и МРП с инактивированной сывороткой в качественном и количественном вариантах или иммуноферментного анализа (ИФА) в сочетании с МРП с инактивированной сывороткой в качественном и количественном вариантах;

третий этап – *специфические реакции* на сифилис (*по показаниям*): РПГА (реакция пассивной гемагглютинации); РИФ (реакция иммунофлюоресценции) и РИТ (реакция иммобилизации бледных трепонем).

Проведение серологических реакций осуществляется в соответствие с Распоряжением Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 27.08.2002 № 309-р «О совершенствовании лабораторной диагностики сифилиса, гонореи, других ИПППП, дерматозов и заразных кожных заболеваний». С 2013 года стационар работает по договору с серологической лабораторией КВД № 11 Санкт-Петербурга, и данные обследования выполняются на базе КВД. На

практике стандартным обследованием на сифилис в стационаре СМП является МРП и ИФА. Объемные показатели обследования пациентов на сифилис представлены в таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Объемные показатели обследования на сифилис пациентов стационара СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
Число пациентов, поступивших в экстренном порядке	67842	100,0	69447	100,0	70819	100,0	2977	4,4
из них обследовано на сифилис (МРП+ИФА)	67842	100,0	69447	100,0	70819	100,0	2977	4,4

Таким образом, ежегодно все пациенты, поступающие в стационар по экстренным показаниям (около 90% всех поступающих на стационарное лечение), проходят серологическое обследование на сифилис (МРП+ИФА), оставшиеся 10% – плановые больные, которых обследуют на догоспитальном этапе. С увеличением входящего потока пациентов, в том числе, поступающих в экстренном порядке (таблица 5.1), возрастают и объемы обследований на сифилис: на 2977 пациентов ($r_{\text{год-показатель}} = 0,99$ – связь прямая, сильная, различия достоверны).

Положительные результаты КСР из лаборатории КВД № 11 передаются в клиническую лабораторию стационара СМП по телефону, регистрируются в журнале входящих телефонограмм. Дерматовенеролог ежедневно разбирает каждый случай положительной серологической реакции. Если пациент выписан до осмотра, дерматовенеролог передает телефонограмму в КВУ по месту жительства пациента.

Результаты серологической диагностики представлены в таблице 5.4. Среди обследованных на сифилис наблюдается около 4% положительных серологических реакций (кроме сифилитической инфекции это могут быть

следовая реакция у пациента, перенесшего сифилис и получившего полный курс лечения в анамнезе, ложноположительная серологическая реакция).

Таблица 5.4 – Результаты серологической диагностики пациентов стационара СМП (МРП и ИФА) на сифилис, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013–2015 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
¹ Число пациентов, обследованных на сифилис	67842	100,0	69447	100,0	70819	100,0	2977	4,4
из них, ² выявлено с положительными серологическими реакциями	2584	3,8	2873	4,1	2869	4,1	285	11,0

С увеличением входящего потока пациентов, в том числе, поступающих в экстренном порядке (таблица 5.1), растут объемы обследований на сифилис (таблицы 5.3 и 5.4), а также число положительных серологических реакций (таблица 5.4): на 11,0% (285 пациентов; $r_{\text{год-показатель } 2} = 0,86$ – связь прямая, сильная, различия достоверны). При этом отмечается прямая, сильная корреляционная связь этих двух показателей: $r_{1,2} = 0,88$.

Пациенты с положительной реакцией на сифилис требуют детального изучения и анализа (таблица 5.5). За период наблюдения доля впервые выявленного сифилиса практически не изменилась и составляла около 0,5% от всех положительных серологических реакций. Мало меняется и доля ложноположительных реакций (около 15%), рост абсолютного значения показателя (на 17,89%; $r_{\text{год-4}} = 0,92$) коррелирует с ростом общих объемов (+) серологических реакций ($r_{1,4} = 0,99$).

Важным заключением для стационара СМП является увеличение числа (на 88,7%; $r_{\text{год-7}} = 0,98$) и доли (с 10,9% до 18,5%) пациентов скорой медицинской помощи с краткосрочным пребыванием, которые выписываются до осмотра врача-дерматовенеролога, динамика их числа коррелирует и с

возрастающими объемами экстренной госпитализации ($r = 0,97$), и с ростом числа обследований на сифилис ($r = 0,97$), и с увеличением числа (+) серологических реакций ($r_{1,7} = 0,75$).

Таблица 5.5 – Распределение пациентов с положительными серологическими реакциями в стационаре СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
¹ Всего пациентов с (+) серол. реакциями,	2584	100	2873	100	2869	100	285	11,0
из них:								
² Следовые реакции (пролеченный сифилис в анамнезе)	817	31,6	762	26,5	620	21,6	–197	–24,1
³ Установлен и зарегистрирован диагноз сифилиса в стационаре СМП	12	0,5	13	0,5	13	0,5	1	8,3
⁴ Ложноположительные реакции	380	14,7	439	15,3	448	15,6	68	17,9
⁵ Умерло	53	2,1	48	1,7	76	2,7	23	43,4
⁶ Передано в КВУ для дообследования и лечения	1040	40,3	1246	43,4	1180	41,1	140	13,5
⁷ Выписаны до осмотра дерматовенеролога и не переданы в КВУ	282	10,9	365	12,7	532	18,5	250	88,7

Наиболее значимые коэффициенты корреляции (год-показатель):

при оценке динамики показателей: $r_{\text{год}-1} = 0,86$; $r_{\text{год}-2} = -0,97$; $r_{\text{год}-3} = 0,87$; $r_{\text{год}-4} = 0,92$; $r_{\text{год}-5} = 0,77$; $r_{\text{год}-6} = 0,67$; $r_{\text{год}-7} = 0,98$.

при оценке зависимости показателей от возрастающих объемов (+) серологических реакций (показатель-показатель): $r_{1,3} = 0,99$; $r_{1,4} = 0,99$; $r_{1,6} = 0,95$; $r_{1,7} = 0,75$.

Возрастает и количество непереданных в КВУ по месту жительства пациентов с впервые выявленными в стационаре СМП положительными серологическими реакциями в связи с отсутствием данных о месте проживания (лица, не имеющие места жительства (БОМЖ) или регистрации в Санкт-

Петербурге и Ленинградской области, больные без документов, иностранные граждане, а также пациенты, предоставившие недостоверную информацию).

При необходимости верификации диагноза в стационаре проводят дообследование с применением количественной оценки ИФА и РПГА. По их результатам решается вопрос о необходимости дальнейшего наблюдения и лечения. В этом случае врач-дерматовенеролог проводит беседу с пациентом о необходимости дообследования в КВД по месту жительства и передает телефонограмму в соответствующий диспансер о выявленном случае положительной серологической реакции. В соответствии с Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций передающихся половым путем» работа с пациентами, у которых выявляются положительные реакции на сифилис, проводится по системе «наряд-талон» (таблица 5.6).

Среди пациентов, вызванных в КВУ по месту жительства по телефонограмме из стационара СМП, преобладали (43,5%; $p < 0,01$) лица со следовыми реакциями (перенесшие сифилис в анамнезе и получившие полный курс лечения), рост их числа (на 12,3%) коррелировал с возрастающим объемом переданных в КВУ телефонограмм ($r_{1,3} = 0,92$).

Около 2% пациентов, вызванных в КВУ по месту жительства по телефонограмме из стационара СМП, оказались больны сифилисом и не знали об этом; их число за период наблюдения выросло на 25,0% ($r_{год-2} = 0,99$). Благодаря системе «наряд-талон» удастся выявить этих пациентов и оказать им специализированную помощь. При этом количество пациентов, данные которых переданы из стационара в КВУ, но не найденных впоследствии по месту регистрации, остается весь период наблюдения высоким и составляет 37,4-46,9%. Это представляет серьезную социальную опасность.

Таблица 5.6 – Сведения, полученные из КВУ по системе «наряд-талон», 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
¹ Всего передано извещений в КВУ, из них:	1040	100,0	1246	100,0	1180	100,0	140	13,5
² Установлен диагноз сифисиса в КВУ	20	1,9	22	1,8	25	2,1	5	25,0
³ Следовые реакции (пролеченный сифисис в анамнезе)	457	43,9	630	50,6	513	43,5	56	12,3
⁴ Ложноположительные серологические реакции	75	7,2	128	10,3	128	10,9	53	70,7
⁵ Пациенты не найдены	488	46,9	466	37,4	514	43,6	26	5,3

Наиболее значимые коэффициенты корреляции (год-показатель):
 при оценке динамики показателей: $r_{\text{год}-1} = 0,67$; $r_{\text{год}-2} = 0,99$; $r_{\text{год}-3} = 0,32$; $r_{\text{год}-4} = 0,87$;
 $r_{\text{год}-5} = 0,54$;
 при оценке зависимости показателей от возрастающих объемов переданных в КВУ
 телефонограмм (показатель-показатель): $r_{1,2} = 0,58$; $r_{1,3} = 0,92$; $r_{1,4} = 0,95$; $r_{1,5} = -0,27$;
 $p_5 > 0,05$ (2013-2017).

Ложноположительные реакции (ЛПР). Около 15% положительных серологических реакций являются ложноположительными (таблица 5.5). Ложноположительными (или неспецифическими) называют положительные результаты серологических реакций на сифилис у лиц, не страдающих сифилитической инфекцией, и не болевших сифилисом в прошлом. ЛПР могут быть обусловлены техническими погрешностями при выполнении исследований и особенностями организма пациента (могут наблюдаться при беременности и во время менструации, после вакцинации, после недавно перенесенного ОИМ, при многих воспалительных, аутоиммунных и онкологических заболеваниях, системных болезнях соединительной ткани, хронической патологии печени и желчевыводящих путей, при сердечно-сосудистой и эндокринной патологии, при заболеваниях крови, хронических заболеваниях легких, инъекционном применении наркотиков, в старческом возрасте и др.). Отмечен рост ЛПР в стационаре СМП на 17,9% ($r_{\text{год}-4} = 0,92$), а

также корреляция динамики показателя с возрастающими объемами (+) серологических реакций ($r_{1,4} = 0,99$) (таблица 5.5). По данным КВУ их доля в 2017 г. составила 10,9%, отмечен рост показателя за период наблюдения (2013-2017) на 70,7% ($r_{\text{год}-4} = 0,87$) и корреляция его динамики с ростом числа переданных телефонограмм ($r_{1,4} = 0,95$) (таблица 5.6). Все эти данные обусловлены особенностями контингента пациентов, поступающих в стационар СМП (таблица 5.7).

Большая доля ложноположительных реакций в 2017 г. приходится на отделения терапевтического профиля (46,9%; $p < 0,01$), вероятно, потому, что на этих отделениях получают лечение люди пожилого возраста с большим количеством соматических заболеваний, которые и дают ЛПР. Их число за 2013-2017 гг. возросло на 20,7% ($r_{\text{год}-1} = 0,92$), что коррелирует с ростом общего числа ЛПР ($r_{1,2} = 0,99$). Значительную долю больных с ЛПР составляют также пациенты хирургического (21,4%), неврологического и психиатрического профиля (19,6%).

В больнице СМП помощи редко удастся диагностировать сифилис, поскольку пациент чаще всего выписывается до осмотра врача-дерматовенеролога и дополнительного обследования. Поэтому при подозрении на сифилис у выбывшего пациента сообщение передается в районные КВУ в течение 24-48 час. по системе «наряд-талон»; дублируется телефонограммой; контролируется получение ответного талона из КВУ (таблица 5.8).

Таблица 5.7 – Распределение случаев выявленных ложноположительных реакций по отделениям стационара СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013		2015		2017			
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%	+/-, абс. знач.	+/-, %
¹ Всего ложноположительных серологических реакций	380	100,0	439	100,0	448	100,0	68	17,9
² В отделениях терапевтического профиля	174	45,8	207	47,2	210	46,9	36	20,7
³ В отделениях неврологического и психиатрического профиля	75	19,7	81	18,5	88	19,6	13	17,3
⁴ В отделениях хирургического профиля	81	21,3	98	22,3	96	21,4	15	18,5
⁵ В отделениях травматологии и нейрохирургии	46	12,1	48	10,9	50	11,2	4	8,7
⁶ В отделениях гинекологии	4	1,1	5	1,1	4	0,9	0	0,0

Наиболее значимые коэффициенты корреляции (год-показатель):

при оценке динамики показателей: $r_{\text{год}-1} = 0,92$; $r_{\text{год}-2} = 0,99$; $r_{\text{год}-3} = 0,99$; $r_{\text{год}-4} = 0,81$; $r_{\text{год}-5} = 1,00$.

при оценке зависимости показателей от возрастающих общих объемов ЛПП (показатель-показатель): $r_{1,2-} = 0,99$; $r_{1,3-} = 0,90$; $r_{1,4-} = 0,97$; $r_{1,5-} = 0,92$; $r_{1,6-} = 0,39$.

Заболеваемость сифилисом в стационаре СМП остается на высоком уровне, с тенденцией к повышению ($p > 0,05$), как среди случаев, зарегистрированных непосредственно в стационаре (рост на 8,3%; $p > 0,05$), так и уточненных в КВУ по месту жительства (рост на 25,0%; $p > 0,05$), общего показателя (на 18,8%; $p > 0,05$) и в расчете на 100 тыс. поступивших пациентов (на 11,1%; $p > 0,05$).

Таблица 5.8 – Больные сифилисом в стационаре СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год			Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013	2015	2017	+/-, абс. знач.	+/-, %
¹ Зарегистрировано случаев в стационаре СМП	12	13	13	1	8,3
² Зарегистрировано случаев в КВУ по телефонограммам из стационара СМП	20	22	25	5	25,0
³ Всего, впервые выявленных случаев сифилиса у пациентов стационара СМП	32	35	38	6	18,8
⁴ Всего, случаев на 100 тыс. поступивших пациентов	43,2	47,8	54,3	11,1	25,6

Наиболее значимые коэффициенты корреляции (год-показатель):
при оценке динамики показателей: $r_{\text{год}-1} = 0,87$; $r_{\text{год}-2} = 0,99$; $r_{\text{год}-3} = 1,00$; $r_{\text{год}-4} = 0,91$.

Это может быть связано как с особенностями контингента пациентов стационара СМП, среди которого много асоциальных лиц, так и с согласованной деятельностью всех служб, занимающихся выявлением сифилиса у населения. Важным представляется сравнение показателей базового стационара СМП с общими региональными показателями (по Санкт-Петербургу) (таблица 5.9 и рисунок 2).

Заболеваемость сифилисом в базовом стационаре СМП была достаточно высока и сравнима с заболеваемостью в Санкт-Петербурге в 2013-2014 годах. Но с 2015 г. показатели по городу стремительно падают ($p < 0,01$), а в базовом стационаре СМП остаются на высоком уровне и даже имеют тенденцию ($p < 0,05$) к росту (на 25,6% к 2017 г.). При этом показатели (на 100 тыс. пациентов) в базовом стационаре СМП в 2017 году в 2,7 раза превышают таковые (на 100 тыс. населения) по Санкт-Петербургу ($p_{10-13} < 0,01$).

Таблица 5.9 – Сравнительная характеристика заболеваемости сифилисом в базовом стационаре СМП и в Санкт-Петербурге, 2013-2017 гг.

Показатели		Год	Санкт-Петербург	Базовый стационар СМП
Число впервые выявленных больных (абс. знач.)		2013	2155 ¹	32
		2014	2081 ²	34
		2015	1375 ³	35
		2016	1285 ⁴	37
		2017	1073 ⁵	38
Динамика заболеваемости	абс. знач.		-1082	6
	+/-, %		-50,2	18,8
Показатели на 100 тыс. населения (пациентов стационара)		2013	42,9 ⁶	43,2
		2014	40,6 ⁷	46,3
		2015	26,5 ⁸	47,8 ¹¹
		2016	24,5 ⁹	56,9 ¹²
		2017	20,3 ¹⁰	54,3 ¹³
Динамика заболеваемости	абс. знач.		-22,6	11,1
	+/-, %		-52,7	25,6

достоверность различий показателей:

$p_{1-3,4,5} < 0,01$; $p_{2-3,4,5} < 0,01$; $p_{6-8,9,10} < 0,01$; $p_{7-8,9,10} < 0,01$; $p_{8-11} < 0,01$; $p_{9-12} < 0,01$; $p_{10-13} < 0,01$

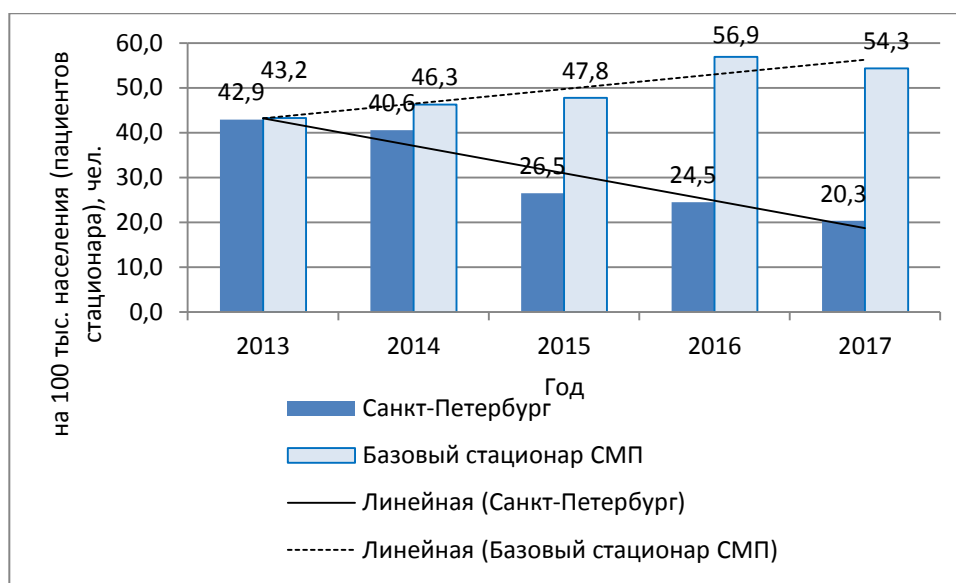


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика заболеваемости сифилисом в базовом стационаре СМП и в Санкт-Петербурге, показатели на 100 тыс. населения (пациентов стационара), 2013-2017 гг.

Клинические формы сифилиса, диагностированного и зарегистрированного в стационаре СМП, представлены в таблице 5.10.

Таблица 5.10 – Распределение больных по клиническим формам сифилиса, диагностированного и зарегистрированного в стационаре СМП, 2013-2017 гг.

Клинические формы	Год			Доля в структуре 2017 г., %	Динамика показателей, 2013-2017 гг.	
	2013	2015	2017		+/-, абс. знач.	+/-, %
Всего, впервые выявленных случаев сифилиса, в том числе:	32	35	38	100,0	6	18,8
A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек	3	3	2	5,36	-1	-33,3
A51.5 Ранний сифилис скрытый	11	9	9	23,7	-2	-18,2
A52.0 Сифилис сердечно-сосудистой системы	0	1	0	0,0	0	0
A52.1 Нейросифилис с симптомами	4	5	8	21,1	4	100,0
A52.2 Нейросифилис асимптомный	2	3	2	5,3	0	0,0
A52.8 Поздний сифилис скрытый	12	14	17	44,7	5	41,7

достоверность различий показателей: $p < 0,05$

Среди клинических форм сифилиса наибольшую долю (44,7%; $p < 0,05$) в структуре сифилиса 2017 г. имеет Поздний сифилис скрытый (A52.8). Этот диагноз устанавливается, учитывая положительные серологические реакции, высокие титры, отсутствие клинических проявлений сифилиса и отсутствие анамнестических сведений о перенесенном сифилисе, причем с момента инфицирования проходит свыше 2 лет. Следующими по частоте выявляемости были Ранний сифилис скрытый (A51.5) (23,7%) и нейросифилис с симптомами (A52.1) (21,1%).

Особый интерес представляет группа больных, находившихся на лечении в отделениях неврологического профиля и в психосоматическом отделении. В стационаре СМП все пациенты с неврологической или психиатрической симптоматикой (парезы, параличи, эпилептиформные припадки, невриты черепно-мозговых нервов, расстройства поведения, энцефалопатии, объемные образования головного мозга и т.д.), у которых в ходе скринингового обследования выявляется положительный КСР, подвергаются тщательному

обследованию для исключения специфического поражения нервной системы (нейросифилиса). Обследование и лечение таких больных осуществляется в неврологических, психиатрическом или нейрохирургических отделениях совместно с врачом-дерматовенерологом. Пациенты с менее выраженной неврологической симптоматикой (с поражениями органов зрения, слуха, бессимптомным менингитом) могут быть переведены на долечивание в венерологическое отделение стационара ГорКВД. Диагноз нейросифилиса устанавливается после исследования ликвора, с учетом совокупности плеоцитоза, повышенного содержания белка, положительного КСР. Назначается специфическая терапия. По окончании пребывания в стационаре данные о пациенте направляют в КВД по месту жительства, где и проводится клинико-серологический контроль.

Лечение сифилиса в базовом стационаре СМП проводится в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества дерматологов и методическими указаниями ГорКВД.

Специфическое лечение проводили тем пациентам, которые по тяжести состояния (по основному диагнозу) не могли быть выписаны или переведены в специализированный стационар. Лечение проводили в условиях отделения, где пациент лечился по основному заболеванию, под наблюдением врача-дерматовенеролога. О больных, которые прервали курс лечения, врач-дерматовенеролог сообщал в патронажную службу КВУ по месту жительства.

5.4 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи

Важное значение в работе врача-дерматовенеролога имеют лечебно-диагностические, учетные и противоэпидемические мероприятия в отношении инфекций, передающихся преимущественно половым путем (ИППП). Данные об этой патологии в больнице СМП представлены в таблице 5.11.

Таблица 5.11 – Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, у пациентов стационара СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017		Коэф. коррел. $r_{\text{год-показ-ль}}$
	2013		2015		2017		+/-, абс. знач.	+/-, %	
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%			
Всего, случаев ИППП, в том числе:	496	100,0	538	100,0	370	100,0	-126	-25,4	-0,72
Гонококковая инфекция А54.0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1		0,87
Хламидийные инфекции А56	10	2,0	19	3,2	5	1,4	-5	-50,0	-0,35
Трихомоноз А59.0	19	3,8	16	2,7	12	3,2	-7	-31,8	-1,00
Урогенит. герпес А60.0	2	0,4	2	0,3	1	0,3	-1	-50,0	-0,87
Венерические бородавки А63.0	1	0,2	1	0,2	1	0,3	0	0,0	-0,81
Уреамико-плазмоз А49.3	145	29,2	116	19,7	72	19,5	-73	-50,3	-0,99
Бактер. вагиноз	56	11,3	116	19,7	114	30,8	58	103,6	0,85
Урогенит. кандидоз В37.3, В.37.4	263	53,0	268	45,6	164	44,3	-99	-37,6	-0,84

В целом, можно свидетельствовать о снижении количества большинства основных нозологических форм ИППП. Наибольший удельный вес в структуре выявленных ИППП имел урогенитальный кандидоз: в 2017 г. его доля составляла 44,3%, в динамике 2013-2017 гг. отмечалось снижение числа больных на 37,6%. Эта патология сопровождает многие соматические заболевания, часто обостряется на фоне снижения иммунного статуса. Большое значение имеют также бактериальный вагиноз (30,8% в структуре выявленных ИППП, с

тенденцией роста на 103,6% за наблюдаемый период) и уреамикоплазмоз (19,5% в структуре выявленных ИПППП, при снижении числа выявленных больных на 50,3% за наблюдаемый период). Невысокие цифры других нозологических форм в равной степени могут свидетельствовать как о снижении числа больных, так и о несовершенстве диагностики.

5.5 Кожные заболевания в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи

Одно из важных направлений работы врача-дерматовенеролога стационара СМП – консультации пациентов с кожными болезнями (далее – дерматологическая патология - ДП). Структура сопутствующей кожной патологии пациентов СМП представлена в таблице 5.12.

Таблица 5.12 – Динамика числа наиболее распространенных сопутствующих заболеваний кожи у пациентов стационара СМП, 2013-2017 гг.

Заболевания	Год			Динамика показателей, 2013-2017 гг.		Коэф. коррел. $r_{\text{год-показатель}}$
	2013	2015	2017	+/-, абс. знач.	+/-, %	
Вирусные заболевания кожи						
Герпес простой B00	16	21	22	6	37,5	0,93
Опоясывающий лишай B02	18	20	28	10	55,6	0,94
Вирусные бородавки B07	12	13	19	7	58,3	0,92
Контагиозный моллюск B08.1	2	3	3	1	50,0	0,87
Микозы						
Дерматофития кожи, онихомикоз B35	122	180	194	72	59,0	0,94
Разноцветный лишай B36.0	18	21	31	13	72,2	0,95
Кандидоз складок B37.2	40	34	48	8	20,0	0,57
Новообразования кожи						
Доброкачественные D 10–36	94	108	112	18	19,2	0,95
Злокачественные C43–44	12	14	16	4	33,3	1,00

Заболевания	Год			Динамика показателей, 2013-2017 гг.		Коэф. коррел. Г _{год} – показатель
	2013	2015	2017	+/-, абс. знач.	+/-, %	
Инфекции кожи						
Фурункулез L02	3	4	8	5	166,7	0,94
Пиодермии B08.0	18	14	19	1	5,6	0,19
Дерматит и экзема						
Атопический дерматит L20	18	24	27	9	50,0	0,98
Себорейный дерматит L21	21	14	33	12	57,1	0,62
Контактный дерматит L23	128	94	138	10	7,8	0,22
Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь L27	161	125	171	10	6,2	0,21
Эндогенный зуд L29	30	31	42	12	40,0	0,90
Кожная аутоенсибилизация L30.2	65	76	112	47	72,3	0,96
Папулосквамозные нарушения						
Псориаз L40	24	38	41	17	70,8	0,94
Розовый лишай L42	2	6	4	2	100,0	0,50
Красный плоский лишай L43	4	6	4	0	0,0	0,00
Крапивница и эритема						
Острая крапивница L50	106	112	114	8	7,6	0,96
Многоформная экссудативная эритема L51	16	24	27	11	68,8	0,97
Узловая эритема L52	18	21	32	14	77,8	0,95
Болезни придатков кожи						
Алопеции L63–66	12	14	13	1	8,3	0,50
Угри L70	28	24	41	13	46,4	0,73
Розацеа L71	8	12	24	16	200,0	0,96
Другие болезни кожи и подкожной клетчатки						
Геморрагический васкулит L95	54	55	93	39	72,2	0,88
Трофические язвы нижних конечностей L97	24	30	33	9	37,5	0,98
Всего консультаций по заболеваниям кожи	1074	1138	1449	375	34,9	1,00

Таким образом, наблюдается достоверный рост числа консультаций дерматовенеролога за период 2013-2017 гг. по поводу сопутствующих

заболеваний кожи на 34,9%. Этот рост наблюдается по большинству нозологических форм.

Среди пациентов с ДП значительную часть составляют больные с острыми токсико-аллергическими реакциями по типу острой крапивницы (более 100 случаев в год, с тенденцией к росту на 7,6%), дерматитов (более 100 случаев в год, с тенденцией к росту на 7,8%) и токсикодермий (171 случай в 2017 г.). Такие пациенты, как правило, госпитализируются по экстренным показаниям в отделения терапевтического профиля. Отмечаются и дерматиты, развившиеся в стационаре: реакция на лекарственные средства или манипуляции в процессе лечения.

Значительно увеличилось количество пациентов с микозами кожи и придатков: дерматофития кожи, онихомикоз – на 59,0%; разноцветный лишай – на 72,2%. Они часто возникает у пациентов с декомпенсацией сахарного диабета: изменения сосудов нижних конечностей приводят к онихомикозам и микозам стоп. Пациентам требуются системные антимикотические препараты, а также средства, улучшающие микроциркуляцию сосудов нижних конечностей.

Растет количество консультаций: по поводу доброкачественных (на 19,2%) и злокачественных (на 33,3%) новообразований.

Увеличилось число больных с геморрагическим васкулитом (на 72,2%), в том числе – с язвенно-некротическим поражением кожи. Значительные затруднения вызывает ведение этих пациентов, обусловленные тяжестью общего состояния, длительным лечением в условиях отделения реанимации, медленным разрешением процесса, высокой летальностью. Они требуют привлечения большого количества врачей-специалистов (терапевта, хирурга, нефролога, уролога, гематолога и др.), регулярных перевязок.

На 70,8% возросло число больных с псориазом. Мультидисциплинарный подход с учетом разнообразных этиопатогенетических факторов (психические травмы, эндокринные расстройства, заболевания печени, обменные нарушения и др.) и комплексного лечения (витаминотерапия, тиосульфат натрия, кальция

хлорид (глюконат), антиоксиданты, седативные, сосудистые препараты, метотрексат, плазмаферез, УФО крови, физиотерапевтическое лечение и др.) позволяют добиться положительной динамики заболевания у этих больных.

Среди больных с сопутствующей ДП значительную долю занимают больные с атопическим дерматитом и экземой. Даже если процесс при поступлении в стационар не находится в стадии обострения, такие больные подлежат наблюдению врача-дерматолога, так как лечение по поводу основного заболевания может спровоцировать обострение хронического кожного заболевания.

Общий алгоритм наблюдения больных с сопутствующей кожной патологией в стационаре СМП таков: они требуют медикаментозного лечения только в случае обострения. Если обострение носит распространенный или генерализованный характер, и в течение отведенного срока (стандартные сроки лечения основного заболевания) не удается добиться отчетливой положительной динамики, больной может быть переведен для лечения в стационар Городского дерматовенерологического диспансера (по согласованию). Если же положительный эффект получен – больного направляют в КВД по месту жительства для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Особую значимость среди сопутствующей дерматологической патологии имеют заразные, в том числе, паразитарные заболевания, представляющие эпидемиологическую опасность для пациентов и персонала стационара СМП.

5.6 Паразитарные заболевания в работе врача-дерматовенеролога стационара скорой медицинской помощи

В соответствие с постановлением Главного санитарного врача Российской Федерации от 22.08.2017 «Об утверждении СанПиН 3.2.3215–14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»» утверждены требования к мероприятиям по профилактике

педикулеза и чесотки. Они включают предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней, которые должны проводиться своевременно и в полном объеме. Особую актуальность эти мероприятия приобретают в стационаре скорой медицинской помощи с характерным для него большим входящим потоком пациентов, нуждающихся в экстренной и неотложной медицинской помощи, значительной долей социально неадаптированных лиц (БОМЖ, мигрантов, пациентов наркологического, токсикологического, психосоматического профиля и др.).

5.6.1 Организация медико-профилактических мероприятий при чесотке в стационаре скорой медицинской помощи

Одним из наиболее распространенных заболеваний в дерматологии является чесотка (лат. scabies) – паразитарное кожное заболевание, вызываемое микроскопическим паразитом – чесоточным клещом или чесоточным зуднем.

При подозрении на заразные заболевания кожи пациента осматривает врач-дерматовенеролог в приемно-диагностическом отделении (СтОСМП). Если пациент поступает за рамками стандартного рабочего времени дерматовенеролога, принимающий врач СтОСМП назначает ему санитарную обработку (душ, смена белья) и обработку мазью «Бензилбензоат» 20%, при выявлении педикулеза дополнительно обрабатывают волосы раствором «Медифокс». На следующий день в условиях отделения пациента осматривает врач-дерматовенеролог (устанавливает диагноз, назначает дату повторной обработки, регистрирует случай чесотки с заполнением соответствующих документов). Данные по распространенности заболевания в стационаре СМП и Санкт-Петербурге (2013-2017 гг.) представлены в таблице 5.13.

Таблица 5.13 – Заболеваемость чесоткой в стационаре СМП и Санкт-Петербурге, 2013-2017 гг.

Показатели	Год			Динамика показателей, 2013-2017 гг.		Коэф. коррел. Год-показатель
	2013	2015	2017	+/-, абс. знач.	+/-, %	
В стационаре СМП: Число случаев за год	61	72	60	-1	-1,6	-0,08
Количество поступивших в стационар СМП	73729	75615	79955	6226	8,4	0,98
Доля в структуре пациентов, %	0,0827	0,0952	0,0750	-0,0077	-9,3	-0,38
Случаев на 100 тыс. поступивших	82,7	95,2	75,0	-7,7	-9,3	-0,38
В Санкт-Петербурге: Число случаев за год	1344	1163	1350	6	0,5	0,03
Случаев на 100 тыс. населения	26,7	22,7	26,0	-0,7	-2,7	-0,17

Заболеваемость чесоткой в стационаре СМП за период наблюдения меняется незначительно, сохраняется на высоком уровне (60 случаев за 2017 г.; 0,08% в структуре поступивших пациентов; 7,0 случаев на 100 тыс. поступивших).

Показатели заболеваемости чесоткой в городе также достаточно стабильны (1350 за 2017 год; 26,0 на 100 тыс. населения). В сравнении с заболеваемостью чесоткой по Санкт-Петербургу в стационаре СМП показатели почти в три раза выше, что связано с особенностями контингента поступающих больных: большим количеством социально не адаптированных пациентов, не способных к уходу за собой и ослабленных в общесоматическом плане.

Распределение больных чесоткой, поступивших в стационар СМП, по полу и возрасту представлена в таблице 5.14.

Таблица 5.14 - Возрастно-половой состав больных чесоткой в стационаре СМП 2013-2017 гг.

Год		Мужчины (число лет)			Итого	Женщины (число лет)			Итого	Общее число пациентов с чесоткой	в т.ч.	
		20-29	30-39	40 и более		20-29	30-39	40 и более			Мужчин	Женщин
2013	абс. знач.	1	6	34	41	3	3	14	20	61	41 ¹	20 ²
	%	2,5	14,6	82,9	100,0	15,0	15,0	70,0	100,0	100,0	67,2	32,8
2015	абс. знач.	6	5	39	50	0	4	18	22	72	50 ³	22 ⁴
	%	12,0	10,0	78,0	100,0	-	18,2	81,8	100,0	100,0	69,4	30,6
2017	абс. знач.	4	10	33	47	0	1	12	13	60	47 ⁵	13 ⁶
	%	8,5	21,3	70,2	100,0	0	7,7	92,3	100,0	100,0	78,3	21,7

достоверность различий показателей: $p_{1,2} < 0,01$; $p_{3,4} < 0,01$; $p_{5,6} < 0,01$

Из представленных данных в стационаре доля мужчин с чесоткой превышает долю женщин с чесоткой ($p<0,01$); причем, наибольшая доля случаев чесотки и у мужчин, и у женщин ($p<0,01$) приходится на возраст старше 40 лет. Именно в данной возрастной группе больше социально неадаптированных граждан (БОМЖ, страдающие алкогольной зависимостью, инвалиды, одинокие пожилые люди).

Распределение случаев чесотки по отделениям стационара СМП представлено в таблице 5.15.

Таблица 5.15 – Распределение выявленных случаев чесотки по отделениям стационара СМП, 2013-2017 гг.

Показатели	Год						Динамика показателей, 2013-2017 гг.		Коэф. коррел. Год– показатель
	2013		2015		2017		+/-, абс. знач.	+/-, %	
	абс. знач.	%	абс. знач.	%	абс. знач.	%			
Всего, случаев чесотки, в том числе:	61	100,0	72	100,0	60	100,0	–1	–1,6	–0,08
В СтОСМП	54	88,5	61	84,7	50	83,3	–4	–7,4	–0,36
В отделениях невр. и псих. профиля	5	8,3	8	11,1	6	10,0	1	20,0	0,33
В отделениях хирургического профиля	0	0,0	1	1,4	1	1,7	1		0,87
В отделениях травм. и нейрохир. проф.	1	1,6	1	1,4	1	1,7	0	0,0	
В отделениях терапевтического профиля	1	1,6	1	1,4	2	3,3	1	100,0	0,87

Основную часть (более 80%, $p<0,01$) пациентов с чесоткой выявляли на этапе госпитализации в стационар СМП (в приемно-диагностическом отделении, СтОСМП), где и проводят первую обработку. В редких случаях больные госпитализируются в инкубационном периоде чесотки,

или обработка при поступлении невозможна из-за тяжести состояния пациента (по основному диагнозу). В этих случаях пациент проходит лечение в отделении в условиях частичной изоляции. Оценка показателей в динамике 2013-2017 гг. мало информативна.

Для лечения чесотки в базовом стационаре СМП применяют мазь бензилбензоата 20%. В случае выявления постскабиозной лимфоплазии назначается симптоматическое лечение.

Врач-дерматовенеролог ежемесячно подает сведения по чесотке по учетной форме № 089/у, а также предоставляет суммарные сведения для форм № 9 и № 34 в Городской организационно-методический консультативный отдел по дерматовенерологии (ГОМКО) ГУЗ «Гор КВД» до 30 числа ежемесячно, ведет «Журнал учёта инфекционных заболеваний» (форма 60/у).

5.6.2 Организация медико-профилактических мероприятий при педикулезе в стационаре скорой медицинской помощи

Педикулёз (pediculosis, вшивость.) (от лат. pediculus «вошь») — паразитарное заболевание кожи и её производных — волос. Педикулез был и остается серьезной проблемой все последние годы. Согласно данным Роспотребнадзора (письмо от 26.09.2017 № 01/12965–17–27 «О ситуации по эпидемическому сыпному тифу, педикулезу и мерах профилактики») динамика заболеваемости педикулезом в стране за последнее десятилетие не имеет тенденции к снижению – ежегодно регистрируется до 300 тысяч случаев, показатель заболеваемости по стране (2016) составил 145,31 на 100 тысяч населения, 93% заболеваний приходится на долю городских жителей. При этом заболеваемость педикулезом (на 100 тысяч населения) в Москве (1083,4) и Санкт-Петербурге (221,9) превышает среднероссийский показатель, и 71,0% случаев зарегистрированного в стране заболевания приходится именно на эти города. 15% всех выявленных случаев педикулеза регистрируются при госпитализации больных в медицинские организации.

Серьезную проблему представляют лица БОМЖ – на их долю в Москве приходится до 98% случаев. По данным формы № 27 «Сведения о дезинфекционной деятельности за 2016 год» ежегодно в стране подвергаются осмотру свыше 700 тыс. лиц БОМЖ, при этом выявляется около 200 тыс. пораженных различными видами педикулеза (головным и платяным, смешанным). Лица БОМЖ зачастую становятся пациентами стационаров СМП, где и формируют статистику сопутствующей дерматовенерологической патологии.

В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2015 № 60 «Об усилении мероприятий, направленных на профилактику эпидемического сыпного тифа и педикулеза в Российской Федерации» сегодня сохраняются реальные предпосылки ухудшения эпидемической обстановки по сыпному тифу, что обусловлено высоким уровнем пораженности населения педикулезом и недостаточной эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

Нами проведен медико-статистический анализ заболеваемости педикулезом в одном из базовых стационаров СМП за период 2015-2017 гг. Его результаты представлены в сводной таблице 5.16.

Согласно представленным данным, число мужчин, пораженных педикулезом, в 2,8 раза превышает число женщинами ($p < 0,01$, 2017), в возрастном аспекте – преобладают пациенты 25–44 лет ($p < 0,05$, 2017), более 1/3 из которых – лица БОМЖ (38,8%, 2017).

Подавляющее большинство пациентов (71,4%, $p < 0,01$, 2017) было доставлено в стационар бригадами СМП; при этом число поступивших «самотеком» за 3 года наблюдения (2015-2017) выросло на 133,3% ($r_{\text{год-показатель}} = 0,81$). Пациенты достаточно равномерно были распределены по отделениям стационара: СтОСМП (16,3%), хирургическое (16,3%), токсикологическое (14,3%), ожоговое (10,2%) и др.

Таблица 5.16 – Медико-статистическая характеристика пациентов с педикулезом в стационаре СМП, 2015-2017 гг.

Показатели		Год и число больных						Динамика показателей, 2015-2017 гг.		Коэф. коррел. Г _{год} –показатель
		2015, n=47		2016, n=52		2017, n=49				
		абс. зн.	%	абс. зн.	%	абс. зн.	%	+/-, абс. зн.	+/-, %	
Пол	Мужской	38	80,9	44	84,6	36	73,5	-2	-5,3	-0,24
	Женский	9	19,2	8	15,4	13	26,5	4	44,4	0,76
Возраст (лет)	18–24	1	2,1	2	3,9	1	2,0	0	0,0	0,00
	25–44	18	38,30	32	61,5	23	46,9	5	27,8	0,35
	45–59	19	40,4	17	32,7	16	32,7	-3	-15,8	-0,98
	60 и более	9	19,2	1	1,9	9	18,4	0	0,0	0,00
Социальный состав	БОМЖ	17	36,2	21	40,4	19	38,8	2	11,8	0,50
	СНГ	6	12,8	5	9,6	4	8,2	-2	-33,3	-1,00
	Пенсионеры	11	23,4	8	15,4	7	14,3	-4	-36,4	-0,96
	Прочие	12	15,5	12	23,1	19	38,8	7	58,3	0,93
	Неработающие	1	2,1	6	11,5	0	0,0	-1	-100,0	-0,16
Направившее учреждение	СМП	41	87,2	37	71,2	35	71,4	-6	-14,6	-0,98
	Самотеком	6	12,8	15	28,9	14	28,6	8	133,3	0,81
Отделение стационара	Амбулаторное, ОЭМП	7	14,9	6	11,5	8	16,3	1	14,3	0,50
	Кардиологическое	2	4,3	3	5,8	1	2,0	-1	-50,0	-0,50
	Токсикология	3	6,4	5	9,6	7	14,3	4	133,3	1,00
	Изолятор	4	8,5	7	13,5	6	12,2	2	50,0	0,65
	Неврологическое	2	4,3	5	9,6	4	8,2	2	100,0	0,65
	Психосоматическое	5	10,6	6	11,5	3	6,1	-2	-40,0	-0,65
	Ожоговое	6	12,8	9	17,3	5	10,2	-1	-16,7	-0,24
	Хирургическое	13	27,7	9	17,3	8	16,3	-5	-38,5	-0,94
	Реанимационное	5	10,6	2	3,9	7	14,3	2	40,0	0,40
Исходы	Выздоровление	42	89,4	36	69,2	40	81,6	-2	-4,8	-0,33
	Летальный исход	3	6,4	7	13,5	4	8,2	1	33,3	0,24
	Перевод в др. стац.	2	4,3	9	17,3	5	10,2	3	150,0	0,43
Выявляемость	В условиях СтОСМП	42	89,4	44	84,6	42	85,7	0	0,0	0,00
	В спец. отделениях	5 ¹	10,6	8	15,4	7 ²	14,3	2	40,0	0,65

Достоверность различий: $p_{1,2} < 0,05$

Следует отметить рост пациентов токсикологического профиля (на 133,3%, $r_{\text{год-показатель}} = 1,00$), что, несомненно, связано с социальной направленностью заболеваний. В 81,6% от общего числа зараженных педикулезом (2017) исход заболевания был благоприятным (выздоровление).

Важным является то, что до 10-15% пораженных выявляли в условиях специализированных отделений стационара; с некоторой тенденцией к повышению этого показателя ($p_{1,2} < 0,05$) за период наблюдения. Дефекты диагностики в СтОСМП, несомненно, обусловлены высокой интенсивностью работы персонала подразделения, связанной с большими и все возрастающими потоками поступающих, оперативным характером работы, приоритетом экстренной и неотложной патологии. При этом больные с педикулезом представляли значительную эпидемиологическую опасность для пациентов и персонала медицинской организации.

Представленные данные в совокупности с информацией по Санкт-Петербургу и Российской Федерации определяют не только актуальность рассматриваемой проблемы, но и ставят задачи по дальнейшему совершенствованию дермато-венерологической помощи в стационаре СМП. От 50 до 100 поступающих в базовый стационар СМП в сутки пациентов (до 30% входящего потока) требуют особой настороженности в отношении заразных кожных, в том числе, паразитарных, заболеваний в силу социальных особенностей входящего потока. Это определяет потребность в организации особого режима работы врача-дерматовенеролога в подобных медицинских организациях: например, с 9.00 до 21.00 (2,5 ставки). Необходимым является и расширение площадей палат-изоляторов для асоциальных пациентов.

Таким образом, анализ работы врача-дерматовенеролога стационара СМП позволяет заключить следующее:

1. Современная технология стационарного отделения СМП предполагает проведение медицинской сортировки по степени тяжести состояния, инфекционной и социальной опасности входящего потока пациентов. Диагностика, выделение из общего потока и изоляция

эпидемиологически опасных для окружающих пациентов дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи по основному заболеванию в непрофильном (по дерматовенерологии) стационаре приобретает важное значение и должна стать надежным барьером на пути распространения инфекции.

2. Основную часть работы врача-дерматовенеролога стационара СМП составляют консультации по поводу (+) серологических реакций (МРП и ИФА) на сифилис и больных с сопутствующей патологией кожи (40,4% и 40,2%, соответственно), при этом главной задачей его является активное выявление больных с заразными заболеваниями кожи и ИПППП. Особенностью работы в стационаре СМП является приоритет основной патологии, высокая доля нуждающихся в оказании экстренной и неотложной помощи, краткосрочность пребывания пациентов в стационаре, требования к оперативности лечебно-диагностических мероприятий, а также особенности контингента пациентов, среди которых значимую долю составляют социально неадаптированные лица.

3. С увеличением входящего потока пациентов (на 8,4%; 2013-2017 гг.), в том числе, в экстренном порядке (около 90% всех поступающих; рост на 4,4%; 2013-2017 гг.), наблюдается увеличение общего числа консультаций врача-дерматовенеролога (на 4,9%; 2013-2017 гг.).

4. В соответствие с Распоряжением Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых полевым путем», все пациенты, поступающие в стационар, подлежат обследованию на сифилис. При этом учреждения здравоохранения серологическое обследование взрослого населения в стационарных учреждениях проводят в соответствие с «Показаниями для проведения отборочных (скрининговых), диагностических и специфических реакций на сифилис». Всем пациентам, поступающим в стационар СМП по экстренным показаниям (около 90%), выполняется серологическое обследование на сифилис (микрореакция преципитации и ИФА), плановые больные (10%) обследуются на догоспитальном этапе.

5. При возрастании числа госпитализированных пациентов, увеличилось и число пациентов, обследованных на сифилис (на 4,4%). Среди обследованных на сифилис наблюдается 4,1% положительных серологических реакций; наблюдается рост показателя на 11,0% (2013-2017). В структуре ИФА (+), кроме сифилитической инфекции (0,45%; 2017), – следовые реакции у пациентов, перенесших сифилис и получивших полный курс лечения в анамнезе (21,6%; 2017), ложноположительные серологические реакции (15,6%; 2017).

6. Важной особенностью работы стационара СМП является увеличение числа (на 88,7%) и доли (с 10,9% до 18,5%) пациентов СМП с краткосрочным пребыванием, которые выписываются до осмотра врача-дерматовенеролога, динамика их числа коррелирует с возрастающими объемами экстренной госпитализации, ростом числа обследований на сифилис, увеличением числа (+) серологических реакций. Возрастает и количество не переданных в КВУ по месту жительства пациентов с впервые выявленными в стационаре СМП положительными серологическими реакциями в связи с отсутствием данных о месте проживания (лица, не имеющие места жительства или регистрации в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, больные без документов, иностранные граждане, а также пациенты, предоставившие недостоверную информацию).

7. Отмечен рост ЛПР на сифилис в стационаре СМП на 17,9%, а также корреляция динамики показателя с возрастающими объемами (+) серологических реакций. По данным КВУ их доля в 2017 г. составила 10,9%, отмечен рост показателя за период наблюдения (2013-2017) на 70,7% и корреляция его динамики с ростом числа переданных телефонограмм. Большая доля ЛПР в 2017 г. приходится на отделения терапевтического профиля (46,9%), их число за 2013-2017 гг. возросло на 20,7%. Значительную долю больных с ЛПР составляют и пациенты хирургического (21,4%), неврологического и психиатрического профилей (19,6%).

Заболеваемость сифилисом в базовом стационаре СМП остается на высоком уровне и даже имеет тенденцию к росту (на 25,6%, 2013-2017). При этом показатели (на 100 тыс. пациентов) в базовом стационаре СМП в 2017 году в 2,7 раза превышают таковые (на 100 тыс. населения) по Санкт-Петербургу. Среди клинических форм наибольшую часть составляет (2017) поздний сифилис скрытый (44,7%), ранний сифилис скрытый (23,7%), нейросифилис с симптомами (21,1%).

8. Наблюдается рост числа консультаций врача-дерматовенеролога за период 2013-2017 гг. по поводу заболеваний кожи (на 16,4%). Среди них около значительную часть составляют больные с острыми токсико-аллергическими реакциями по типу острой крапивницы (более 100 случаев в год, с тенденцией к росту на 7,6%), дерматитов (более 100 случаев в год, с тенденцией к росту на 7,8%) и токсидермии (171 случай в 2017 г.). Значительно увеличилось количество пациентов с микозами кожи и придатков (дерматофитией кожи, онихомикозом – на 59,0%; разноцветным лишаем – на 72,2), геморрагическим васкулитом (на 72,2%), псориазом (на 70,8%), доброкачественными (на 19,2%) и злокачественными (на 33,3%) новообразованиями.

9. Заболеваемость чесоткой в стационаре СМП сохраняется на высоком уровне (60 случаев за 2017 г.; 0,08% в структуре поступивших пациентов; 75,0 случаев на 100 тыс. поступивших), она остаётся выше, чем в среднем по Санкт-Петербургу почти в три раза, что связано с особенностями контингента пациентов больниц «скорой помощи», среди которого значительную часть составляют неблагополучные в социальном плане лица. Более 80% пациентов с чесоткой выявляются в приемно-диагностическом (СтОСМП) отделении (а 20% – попадают в специализированные отделения стационара), у мужчин заболевание встречается в два раза чаще, чем у женщин ($p < 0,01$); наибольшее количество случаев чесотки ($p < 0,01$) приходится на пациентов в возрасте старше 40 лет.

10. Высока и заболеваемость педикулезом: число мужчин в 2,8 раза превышает число женщинами ($p < 0,01$, 2017), преобладают пациенты 25-44 лет

($p < 0.05$, 2017), более 1/3 из которых – лица БОМЖ (38,8%, 2017). Подавляющее большинство пациентов (71,4%, $p < 0.01$, 2017) было доставлено в стационар бригадами СМП. Следует отметить увеличение числа пациентов токсикологического профиля (на 133,3%, $r_{\text{год-показатель}} = 1,00$), что, несомненно, связано с социальной направленностью заболеваний. До 10-15% зараженных выявлены в специализированных отделениях стационара, где они представляли значительную эпидемиологическую опасность для пациентов и персонала медицинской организации.

11. От 50 до 100 поступающих в базовый стационар СМП в сутки (до 30% входящего потока) требуют особой настороженности в отношении заразных кожных, в том числе, паразитарных, заболеваний в силу социальных особенностей пациентов. Это определяет потребность в нормировании штатных должностей врачей-венерологов с организацией их работы в условиях стационарного отделения скорой помощи (приемно-диагностического), расширении площадей палат-изоляторов для асоциальных пациентов.

Представленные данные позволяют сделать вывод о необходимости повышения оперативности оказания специализированной дерматовенерологической помощи в стационаре СМП, что позволит осуществлять медицинскую помощь и лечение пациентов в соответствии с принципами оказания скорой медицинской помощи, обеспечить своевременность проводимых лечебно-диагностических и противоэпидемиологических мероприятий, а именно:

- проводить экспресс-диагностику (МРП и ИФА) – при поступлении пациента в условиях стационарного отделения СМП (приемно-диагностического);
- оказывать своевременную консультативную помощь врача-дерматовенеролога при поступлении пациента в стационарное отделение СМП;
- в целях обеспечения эпидемической безопасности пациентов и персонала обеспечить расширение площадей палат-изоляторов для асоциальных пациентов стационаров СМП. .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования решены все поставленные задачи. Представлен аналитический обзор научных исследований по современному состоянию и общим проблемам оказания специализированной дерматовенерологической в медицинских организациях скорой медицинской помощи. Значительная часть литературного обзора посвящена вопросам нормативного обеспечения деятельности медицинских организаций скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Изучение и обобщение отечественного и зарубежного опыта по теме диссертации выявило многообразие подходов к совершенствованию организационных механизмов развития систем оказания дерматовенерологической и скорой медицинской помощи. Анализ доступной литературы по данному вопросу показал, что в настоящий момент ведется поиск концепций, методологий, направлений инновационного развития, основанных на мировом опыте. Все эти и другие аспекты связаны с необходимостью совершенствования системы менеджмента медицинских организаций скорой медицинской помощи.

Проведен анализ современного состояния системы оказания дерматовенерологической помощи в медицинских организациях СМП за последние годы (2013-2017). Отмечены проблемы организации консультативной и лечебной помощи при сопутствующих заболеваниях (венерических и кожных) в условиях непрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Анализ медико-статистической характеристики пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис в условиях многопрофильного стационара СМП позволил выявить и обобщить наиболее значимые данные, среди которых следует отметить преобладание женщин в 1,5 раза над мужчинами (59,1% и 40,9%, соответственно, $p < 0,01$), преобладание лиц молодого возраста 25-44 лет (62,1%, $p < 0,01$); подавляющее большинство

пациентов (97,9%, $p < 0,01$) поступили в больницу СМП по экстренным показаниям (94,1% – в первые сутки от начала заболевания, в том числе 48,5% – в первые 6 часов), что не позволило выявить сопутствующую венерологическую патологию на догоспитальном этапе. Распределение пациентов по отделениям определялось характером основного заболевания: более 3/4 (77,7%) поступило в отделения хирургического профиля, каждый 4-й больной (25,8%) был госпитализирован с болезнями мочеполовой системы. Доля больных с заболеваниями мочеполовой системы среди пациентов с МРП и ИФА (+) составляла 25,8%, что в 2,3 больше, чем доля среди больных без ДВП – 11,0%, $p < 0,01$. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $10,9 \pm 0,1$ сут., причем, около половины из них находились в стационаре менее одной недели, она определялась профилем и тяжестью основного заболевания, возрастом больных, сроками госпитализации, потребностью в оперативном лечении. Из общего числа больных с МРП и ИФА (+) на сифилис чуть больше половины (53,2%) получили оперативное лечение. Выявленные в стационаре положительные реакции (МРП и ИФА) на сифилис не явились причиной увеличения длительности пребывания больных в стационаре, так как в данной группе больных средняя длительность пребывания в стационаре достоверно ниже ($10,9 \pm 0,1$ сут.) средней длительности пребывания в стационаре больных, не имеющих сопутствующей ДВП ($12,4 \pm 0,1$ сут.). Невысокий уровень больничной летальности (1,8%) в этой группе больных в определенной мере объясняется их возрастной структурой (молодой возраст), а доля пациентов, консультированных врачом-дерматовенерологом, составила 4,8%. Поэтому выявление сифилиса в этой группе пациентов ограничилось исключительно пробами МРП и ИФА на сифилис без дальнейшего уточнения диагноза. Усилия по предупреждению распространения сифилиса в стационаре СМП, несмотря на предпринимаемые меры, недостаточны: результаты исследований материала (МРП и ИФА на сифилис), направленного в КВУ, приходят поздно, что не позволяет провести надлежащие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

Особенностями медико-статистической характеристики пациентов с сопутствующими кожными заболеваниями в стационаре СМП явились: незначительное преобладание мужчин (57,5%) и лиц пожилого и старческого возраста (53,9% – лица 60 лет и старше); почти 1/3 часть (29,9%) – неработающие лица, даже в группе больных трудоспособного возраста (25-59 лет) заметную часть (41,8%) составили неработающие лица. Структура больных по основному диагнозу была близка к группе больных без ДВП: 77,4% пациентов были госпитализированы в отделения хирургического профиля, первое место в структуре основных заболеваний (как и больных без ДВП) занимали болезни системы кровообращения (21,0%), второе – заболеваниями нервной системы (16,6%), третье – болезни органов дыхания (16,3%). Абсолютное большинство (96,4%, $p < 0,01$) были госпитализированы в экстренном порядке, из которых почти 4/5 (79,4%) – в течение первых суток от начала (обострения) заболевания, в том числе 40,5% – в первые 6 часов. Наблюдалась сравнительно высокая доля (14,8%) больных, поступивших без направления медицинских организаций, т.е. «самотеком» (в группе без ДВП таких было 8,6%). Хирургическая активность составила 88,3%, что значительно выше среднего уровня хирургической активности по стационару СМП (33,9%, $p < 0,01$), так как целый ряд кожных заболеваний (абсцессы кожи, фурункулы, карбункулы, хронические язвы кожи) подлежат, как правило, оперативному лечению, а 3/4 таких больных (77,4%) были госпитализированы в отделения хирургического профиля. Анализ исходов лечения больных с сопутствующей ДП свидетельствует, что кожные заболевания либо сами являются тяжелыми заболеваниями и ведут к неблагоприятному исходу лечения, либо существенно утяжеляют состояние больных с различными заболеваниями. Если в среднем по стационару больничная летальность за изученный период колебалась от 4,6% до 5,6%, то показатель летальности в группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями составил в среднем 23,8%. Средняя длительность пребывания в стационаре СМП больных с сопутствующими кожными заболеваниями оказалась сравнительно высокой

($14,1 \pm 0,1$ сут.) при среднем показателе по стационару – $8,8 \pm 0,1$ сут. (2017), она определялась возрастом больных, основным диагнозом, послужившим причиной госпитализации в больницу СМП, и, соответственно, профилем отделения, методом лечения, длительностью дооперационного периода у оперированных больных и числом проверенных операций, а так же исходом лечения.

Анализ экономических аспектов оказания медицинской помощи больным с сопутствующей ДВП позволил выявить, что данные заболевания у больных, госпитализированных в стационар скорой медицинской помощи по экстренным показаниям, не оказывают заметного влияния на экономическую деятельность стационара, так как большинство из них практически не получает адекватной лечебно-диагностической помощи по непрофильной патологии. Эти больные нуждаются в большом объеме самых различных лабораторно-диагностических исследований: на 100 больных – 4992,6 исследований (на 1-го – около 50), 124,7 консультаций врачей различных специальностей, а расходы на медикаменты по основному заболеванию превышают таковые у больных без ДВП за счет более длительного пребывания в стационаре.

В целях совершенствования организации медицинской помощи больным с сопутствующей ДВП проведен анализ работы врача-дерматолога многопрофильного стационара СМП. Основную часть работы врача-дерматовенеролога стационара СМП составляют консультации больных с положительными серологическими реакциями (МРП и ИФА) на сифилис и сопутствующей патологией кожи ($40,4\%$ и $40,2\%$, соответственно), при этом главной задачей его является активное выявление больных заразными заболеваниями кожи и ИПППП. С увеличением входящего потока пациентов (на $8,4\%$; 2013-2017 гг.), в том числе, в экстренном порядке (около 90% всех поступающих; рост на $4,4\%$; 2013-2017 гг.), наблюдается увеличение общего числа консультаций врача-дерматовенеролога (на $4,9\%$; 2013-2017 гг.).

Среди обследованных на сифилис наблюдается $4,1\%$ положительных серологических реакций и рост показателя на $11,0\%$ (2013-2017). В структуре

ИФА (+), кроме сифилитической инфекции (0,45%; 2017), имеют место следовые реакции у пациентов, перенесших сифилис и получивших полный курс лечения в анамнезе (21,6%; 2017), ложноположительные серологические реакции (15,6%; 2017). Важной особенностью работы стационара СМП является увеличение числа (на 88,7%, $p < 0,01$) и доли (с 10,9% до 18,5%, $p < 0,05$) пациентов скорой медицинской помощи с краткосрочным пребыванием, которые выписываются до осмотра врача-дерматовенеролога, динамика их числа коррелирует с возрастающими объемами экстренной госпитализации, ростом числа обследований на сифилис, увеличением числа (+) серологических реакций. Возрастает и количество не переданных в КВУ по месту жительства пациентов с впервые выявленными в стационаре СМП (+) серологическими реакциями в связи с отсутствием достоверных данных о месте проживания (лица, не имеющие места жительства или регистрации в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, больные без документов, иностранные граждане, а также пациенты, предоставившие недостоверную информацию). Отмечен рост ложноположительных реакций в стационаре СМП на 17,9%, а также корреляция динамики показателя с возрастающими объемами (+) серологических реакций: по данным КВУ их доля в 2017 г. составила 10,9%, а рост показателя за период наблюдения (2013-2017) – на 70,7%. Большая доля ЛПР приходится на отделения терапевтического профиля (45,8%), их число за 2013-2017 гг. возросло на 20,7%. Значительную долю больных с ЛПР в 2017 г. составляли также пациенты хирургического (21,4%), неврологического и психиатрического профиля (19,6%).

Заболеваемость сифилисом в стационаре СМП остается на высоком уровне, с тенденцией к повышению, как среди случаев, зарегистрированных непосредственно в стационаре (рост на 8,3%), так и уточненных в КВУ по месту жительства (рост на 25,0%), и общего показателя – на 18,8%. При этом показатели (на 100 тыс. пациентов) в базовом стационаре СМП в 2017 году в 2,7 раза превышают таковые (на 100 тыс. населения) по Санкт-Петербургу. Среди клинических форм наиболее часто выявляется (2017) поздний сифилис

скрытый (44,7%), ранний сифилис скрытый (23,7%), нейросифилис с симптомами (21,1%).

Наблюдается рост числа консультаций врача-дерматовенеролога за период 2013-2017 гг. по поводу заболеваний кожи (на 16,4%). Особую значимость в стационаре СМП имеют заразные заболевания кожи. Заболеваемость чесоткой в стационаре СМП сохраняется на высоком уровне (60 случаев за 2017 г.; 0,08% в структуре поступивших пациентов; 75,0 случаев на 100 тыс. поступивших), она остаётся выше, чем в среднем по Санкт-Петербургу, почти в три раза, что связано с особенностями контингента пациентов больниц скорой помощи, среди которого значительную часть составляют неблагополучные в социальном плане лица. Более 80% пациентов с чесоткой выявляются в СтОСМП (приемно-диагностическом отделении), а 20% – попадают в специализированные отделения стационара, мужчин с чесоткой было в два раза больше, чем женщин ($p < 0,01$); наибольшее количество случаев чесотки ($p < 0,01$) приходится на пациентов в возрасте старше 40 лет.

Высока и заболеваемость педикулезом: число мужчин в 2,8 раза превышает число женщинами ($p < 0,01$, 2017), преобладают пациенты 25-44 лет ($p < 0,05$, 2017), более 1/3 из которых – лица БОМЖ (38,8%, 2017). Подавляющее большинство пациентов (71,4%, $p < 0.01$, 2017) было доставлено в стационар бригадами СМП. Среди заболевших следует отметить рост пациентов токсикологического профиля (на 133,3%, $r_{\text{год-показатель}} = 1,00$), что связано с социальной направленностью заболевания. До 10-15% заражененных выявлялись в условиях специализированных отделений стационара, представляя значительную эпидемиологическую опасность для пациентов и персонала медицинской организации.

От 50 до 100 поступающих в базовый стационар СМП в сутки (до 30% входящего потока) требуют особой настороженности в отношении заразных кожных, в том числе, паразитарных, заболеваний в силу социальных особенностей пациентов. Это определяет потребность в увеличении штатных

должностей врачей дерматовенерологов и организации их работы в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (приемно-диагностического), а также расширении площадей палат-изоляторов в подобных медицинских организациях.

Таким образом, дальнейшее совершенствование доступности и качества специализированной дерматовенерологической помощи больным в стационаре скорой помощи является актуальной проблемой. Современная технология стационарного отделения СМП предполагает проведение медицинской сортировки по степени тяжести состояния, инфекционной и социальной опасности потока поступающих пациентов. Диагностика, выделение из общего потока и изоляция эпидемиологически опасных для окружающих пациентов дерматовенерологического профиля, нуждающихся в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи по основному заболеванию в непрофильном (по дерматовенерологии) стационаре, приобретает особое значение и должна стать надежным барьером на пути распространения заболеваний. Особенностью работы стационара СМП является приоритет основной патологии, высокая доля нуждающихся в экстренной и неотложной помощи, краткосрочность пребывания пациентов в стационаре, требования к оперативности лечебно-диагностических мероприятий, а также особенности контингента пациентов, среди которых значимую долю составляют социально неадаптированные лица.

Требуется разработка новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса (Рисунок 3). Представленные данные позволяют сделать вывод о необходимости повышения оперативности оказания специализированной дерматовенерологической помощи в стационаре СМП, что позволит осуществлять медицинскую помощь в соответствие с принципами оказания скорой медицинской помощи, обеспечить своевременность проводимых лечебно-диагностических и противоэпидемиологических мероприятий, а именно: проводить экспресс-диагностику сифилиса (МРП и ИФА) и заразных кожных заболеваний

незамедлительно – при поступлении пациента в условиях стационарного отделения СМП; повысить уровень подготовки персонала этого отделения (врачей скорой медицинской помощи) по вопросам дерматовенерологии и эпидемиологической безопасности; обеспечить штатное нормирование специалистов врачей-дерматовенерологов в зависимости от входящего потока пациентов стационара скорой медицинской помощи, в ряде случаев (в крупных стационарах СМП, с большим потоком пациентов токсикологического, наркологического, психосоматического и других профилей социально неадаптированных больных) в связи с увеличением потока пациентов дерматовенерологического профиля – оказывать консультативную помощь врача-дерматовенеролога в особом режиме (при поступлении пациента в условиях стационарного отделения СМП, с расширением графика работы специалиста).



1. Обучение персонала СМП (учеб. модуль «Дерматовенерология в условиях скорой медицинской помощи»)
2. Алгоритмы приема пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией (уч.-метод. пособие)
3. Организационные мероприятия по кадровому и материально-техническому обеспечению

Рисунок 3 - Механизмы совершенствования системы оказания дерматовенерологической помощи в стационаре скорой медицинской помощи и их реализация

Необходимым является также повышение уровня подготовки персонала СМП, оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации (догоспитального этапа) и осуществляющих медицинскую эвакуацию пациентов в стационар (врачей и среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи) по вопросам дерматовенерологии и эпидемиологической безопасности.

В итоге, приведены основные аргументы в пользу необходимости совершенствования системы оказания дерматовенерологической помощи в условиях стационаров скорой медицинской помощи, исследованы и обоснованы необходимые механизмы этих организационных преобразований. Они открывают перспективы развития, связанные с повышением доступности и качества медицинской помощи. Цель и задачи данного исследования получили свое логичное завершение в обосновании механизмов развития системы оказания дерматовенерологической помощи в условиях медицинских организаций скорой медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

1. Особенности оказания медицинской помощи в стационаре СМП являются: приоритет основной патологии, высокая доля нуждающихся в экстренной и неотложной помощи, краткосрочность пребывания пациентов в стационаре, требования к оперативности проведения лечебно-диагностических мероприятий, а также особенности контингента пациентов, среди которых значимую долю составляют социально неадаптированные лица.

Отмечается увеличение числа (на 88,7%, $p<0,01$) и доли (с 10,9% до 18,5%, $p<0,05$) пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис с краткосрочным пребыванием, которые выписываются до осмотра врача-дерматовенеролога и уточнения диагноза, что не позволяет в полном объеме провести надлежащие профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

До 30% входящего потока пациентов требуют особой настороженности в отношении заразных кожных, в том числе, паразитарных, заболеваний в силу социальных особенностей пациентов.

2. Среди пациентов с положительными реакциями (МРП и ИФА) на сифилис преобладают женщины над мужчинами (в 1,5 раза; 59,1% и 40,9%, соответственно, $p<0,01$), лица молодого возраста 25-44 лет (62,1%, $p<0,01$). 97,9% пациентов поступили в больницу СМП по экстренным показаниям, более 3/4 (77,7%) пациентов - в отделения хирургического профиля, каждый 4-й больной (25,8%) – с болезнями мочеполовой системы. Доля больных с заболеваниями мочеполовой системы среди пациентов с МРП и ИФА (+) составляла 25,8%, что в 2,3 больше, чем среди больных без ДВП – 11,0%, $p<0,01$.

Заболеваемость сифилисом в базовом стационаре СМП остается на высоком уровне и имеет тенденцию к росту (на 25,6%, 2013-2017). При этом показатели (на 100 тыс. пациентов) в базовом стационаре СМП в 2017 году в 2,7 раза превышают таковые (на 100 тыс. населения) по Санкт-Петербургу.

Среди клинических форм наиболее часто выявляется поздний сифилис скрытый (44,7%), ранний сифилис скрытый (23,7%), нейросифилис с симптомами (21,1%) (2017).

3. Наблюдается рост числа консультаций врача-дерматовенеролога за период 2013-2017 гг. по поводу заболеваний кожи (на 16,4%); преобладают пациенты пожилого и старческого возраста (53,9% больных – лица 60 лет и старше); 96,4% пациентов были госпитализированы в экстренном порядке. Хирургическая активность составила 88,3%, что в 2,6 раза выше среднего уровня по стационару СМП (33,9%, $p < 0,01$), так как ряд заболеваний кожи (абсцессы кожи, фурункулы, карбункулы, хронические язвы кожи) подлежат оперативному лечению.

4. Сопутствующие венерические и кожные заболевания у пациентов стационара скорой медицинской помощи либо сами являются тяжелыми заболеваниями, либо существенно утяжеляют состояние больных с различной патологией. В группе больных с сопутствующими кожными заболеваниями средняя длительность пребывания в стационаре СМП практически в 1,3 раза выше ($14,1 \pm 0,1$ сут.), по сравнению с больными, имеющими положительные реакции на сифилис ($10,9 \pm 0,1$ сут.), при среднем показателе по стационару – $8,8 \pm 0,1$ сут. (2017). Больные с сопутствующей дерматологической патологией нуждаются в большом объеме самых различных лабораторно-диагностических исследований: на 100 больных – 4992,6 исследований (на 1-го – около 50), 124,7 консультаций врачей различных специальностей, а расходы на медикаменты по основному заболеванию превышают таковые у больных без ДВП за счет более длительного пребывания в стационаре. При этом большинство пациентов практически не получает адекватной лечебно-диагностической помощи по непрофильной патологии.

5. Предложен новый алгоритм организации лечебно-диагностического процесса, который предусматривает повышение оперативности оказания специализированной дерматовенерологической помощи в стационаре СМП, обучение персонала приемных отделений по

вопросам дерматовенерологии и эпидемиологической безопасности, изменение алгоритма обследования поступающих пациентов, организации особого режима работы врача-дерматовенеролога (в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи, с расширением графика работы специалиста), увеличение числа и площадей палат-изоляторов для данного контингента больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для медицинских организаций скорой медицинской помощи стационарного типа:

Необходимо обеспечить повышение оперативности оказания специализированной дерматовенерологической помощи в стационаре СМП, а также условия для ее оказания, что позволит организовать работу в соответствие с принципами оказания скорой медицинской помощи, обеспечить своевременность проводимых лечебно-диагностических и противоэпидемиологических мероприятий, а именно:

- проводить экспресс-диагностику сифилиса (МРП и ИФА) и заразных кожных заболеваний незамедлительно – при поступлении пациента в условиях стационарного отделения СМП (приемно-диагностического);

- повысить уровень подготовки персонала приемно-диагностического отделения (отделения СМП) стационара (врачей скорой медицинской и других специалистов) по вопросам дерматовенерологии и эпидемиологической безопасности;

- обеспечить штатное нормирование должностей врачей-дерматовенерологов в зависимости от входящего потока пациентов стационара скорой медицинской помощи, в ряде случаев (в крупных стационарах, с большим потоком пациентов токсикологического, наркологического, психосоматического и других профилей социально неадаптированных больных) в связи с увеличением потока пациентов дерматовенерологического профиля – оказывать консультативную помощь врача-дерматовенеролога в особом режиме (с организацией их работы в условиях стационарного отделения СМП, расширении графика работы специалиста);

- увеличить число и площади палат-изоляторов для пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией;

– использовать разработанные алгоритмы приема пациентов стационара СМП.

Для медицинских организаций скорой медицинской помощи, оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации:

– повысить уровень подготовки персонала СМП, оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации (догоспитального этапа) и осуществляющих медицинскую эвакуацию пациентов в стационар (врачей и среднего медицинского персонала скорой медицинской помощи) по вопросам дерматовенерологии и эпидемиологической безопасности.

Для образовательных организаций, осуществляющих профессиональную подготовку врачей скорой медицинской помощи:

– ввести в программу подготовки врачей скорой медицинской помощи раздел по дерматовенерологии (или использовать разработанный учебный модуль).

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Результаты диссертационного исследования могут быть использованы для проведения научных исследований по дальнейшему развитию системы оказания стационарного этапа скорой медицинской помощи в сфере организации здравоохранения, а также совершенствованию деятельности специалистов скорой медицинской помощи и врачей-дерматовенерологов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПУ	– амбулаторно-поликлиническое учреждение
БСК	– болезни системы кровообращения
ДВП	– дерматовенерологическая патология
ДП	– дерматологическая патология
ИПППП	– инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
ИФА (+)	– положительная реакция ИФА
ИФА	– иммуноферментный анализ
КВД	– кожно-венерологический диспансер
КВУ	– кожно-венерологическое учреждение
КСР	– комплекс серологических реакций
КТ	– компьютерная томография
ЛПР	– ложноположительная реакция
МРП	– микрореакция преципитации
МРТ	– магнитно-резонансная томография
ОИМ	– острый инфаркт миокарда
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ПНД	– психо-неврологический диспансер
РПГА	– реакция пассивной гемагглютинации
РФ	– Российская Федерация
СМП	– скорая медицинская помощь
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФЭГДС	– фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	– электрокардиография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманов, Р.М. К вопросу об организации дерматологической помощи сельскому населению Республики Татарстан / Р.М. Абдрахманов // Казан. мед. журн. – 2000. – Т. 81. - № 6. – С. 526–527.
2. Адаскевич, В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) / В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2003. – № 1. – С. 51–56.
3. Аковбян, В.А. Характеристика эпидемиологических закономерностей, определяющих распространение заболеваний, передаваемых половым путем, в России / В.А. Аковбян, А.В. Резайкина, Л.И. Тихонова // Вестн. дерматол. и венерол. 1998. – № 1. – С. 4–6.
4. Алимов, Р.Р. Обоснование выбора типа математической модели работы госпитального этапа скорой медицинской помощи / Р.Р.Алимов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 4.– С. 32–34.
5. Амозов, М.Л. Количественные методы оценки работы дерматовенеролога / М.Л. Амозов // Вестник дерматол. и венерол. – 1987. – № 9. – С. 34–35.
6. Аравийская, Е.Р. Приобретенный сифилис: медико–социальные вопросы: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.11 – / Е.Р. Аравийская. – СПб., 2001. – 38 с.
7. Арапенков, Д.А. Современные медико-социальные и организационные проблемы оказания медицинской помощи больным сифилисом и гонореей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Д.А. Арапенков. – СПб., 1998. – 19 с.
8. Архипов, В.В. Современные принципы организации экстренной хирургической помощи в условиях крупного города / В.В. Архипов [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2003. – Т. 162, № 6. – С. 89–91.
9. Ахабадзе, А.Ф. Об изучении запросов сельских жителей в медико-косметологической помощи / А.Ф. Ахабадзе, А.П. Хрунова // Здравоохранение РФ. – 1984. – № 7.– С. 26–28.
10. Багненко, С.Ф. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП / С.Ф. Багненко [и др.]. – СПб., 2011. – 400 с.
11. Багненко, С.Ф. Нормативно-правовое регулирование оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 1. – С. 19-23.
12. Багненко, С.Ф. Проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов // Вестник Башкирского гос. мед.университета. – 2012. – т. 1 – № 1 – С. 11-20.

13. Багненко, С.Ф. Проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов // Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. – т. 1 – № 1 – С. 11–20.
14. Багненко, С.Ф. Скорая медицинская помощь накануне реформ: состояние скорой медицинской помощи в Российской Федерации 2010-2012 годов. Информационные и аналитические материалы: учебное пособие / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. – СПб: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2014. – 144 с.
15. Багненко, С.Ф. Современное состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, И.П. Миннуллин, И.М. Барсукова и др. // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 3. – С 4–10.
16. Багненко, С.Ф. Современное состояние службы скорой медицинской помощи в России / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова // Вестник Башкирского гос. мед. университета. – 2012. – т. 1 – №1 – С. 7-11.
17. Багненко, С.Ф. Стационарное отделение скорой медицинской помощи СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова и др. // Скорая медицинская помощь. – 2012. – № 4. – С. 72-74.
18. Багрецова, И.А. Актуальность оптимизации организации дерматологической помощи пациентам многопрофильного стационара скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе: матер. II науч.-практ. конф. – М.:ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. – С. 95.
19. Багрецова, И.А. Анализ больных с венерической патологией в многопрофильном стационаре скорой помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь – 2016: сб. тезисов Всерос. науч.-практ. конф. – СПб.: Альта Астра, 2016. – С. 14–15.
20. Багрецова, И.А. Анализ половозрастной структуры и социального положения больных с дерматологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова, Н.И. Вишняков и др. // Скорая медицинская помощь – 2017: матер. 16-го Всерос. конгресса. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2017. – С. 13–14.
21. Багрецова, И.А. Анализ структуры патологии и методов лечения больных с дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова, Н.И. Вишняков и др. // Скорая медицинская помощь – 2017: матер. 16-го Всерос. конгресса. – СПб.: Альта Астра, 2017. – С. 14-15.
22. Багрецова, И.А. Дермато-венерологическая патология в работе скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Национальные проекты – приоритет развития здравоохранения регионов: матер. 54 межрег. науч-практ. мед. конф. – Ульяновск: Изд-во ИП Петрова Л.В., 2019. – С. 518-520.

23. Багрецова, И.А. Дерматовенерологическая патология у больных, госпитализированных в больницу скорой помощи / И.А. Багрецова // Проблемы городского здравоохранения. – СПб: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. - 2017. – С. 140-144.
24. Багрецова, И.А. Задачи и пути решения организации оказания венерологической помощи пациентам многопрофильного стационара скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе: матер. II науч.-практ. конф. – М.:ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. – С. 94.
25. Багрецова, И.А. Медико-демографическая характеристика больных, госпитализированных в многопрофильный стационар по экстренным медицинским показаниям и имеющих сопутствующие венерические заболевания / И.А. Багрецова // Проблемы городского здравоохранения. – СПб.: ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2015. – С. 92–94.
26. Багрецова, И.А. Медико-статистическая характеристика больных с кожными заболеваниями, госпитализированных по экстренным показаниям в стационар скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова // Скорая медицинская помощь. – 2016. – Т. 17. – № 4. – С. 63–69.
27. Багрецова, И.А. Медико-статистическая характеристика больных, госпитализированных в многопрофильный стационар по экстренным показаниям и имеющих сопутствующие кожные заболевания / И.А. Багрецова // Проблемы городского здравоохранения. – СПб.: ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2015. – С. 71–74.
28. Багрецова, И.А. Медико-статистический анализ больных с венерологической патологией, пролеченных в условиях многопрофильного стационара, оказывающего экстренную медицинскую помощь / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе: матер. II науч.-практ. конф. – М.:ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. – С. 96–97.
29. Багрецова, И.А. Особенности пациентов дермато-венерологического профиля в стационаре скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Оказание скорой и неотложной медицинской помощи на современном этапе. Достижения и перспективы: матер. Всерос. конф. – Казань: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2017. – С. 210.
30. Багрецова, И.А. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией: учебно-методическое пособие / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова, Л.П. Пивоварова, Е.Ю. Тявокина, А.О. Бумай, А.В. Сухарев; под ред. проф. В.Е. Парфенова // ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе». – СПб.: СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2019. – 50 с.
31. Багрецова, И.А. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания

скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией: учебно-методическое пособие / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова, Л.П. Пивоварова и др. // ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе». – СПб.: СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2019. – 50 с.

32. Багрецова, И.А. Сопутствующая дерматологическая патология в стационаре скорой медицинской помощи / И.А. Багрецова, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. – 2019. – № 2. – С. 14-18.

33. Багрецова, И.А. Экономические вопросы госпитализации в стационар скорой медицинской помощи больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией / И.А. Багрецова // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25402>.

34. Багрецова, И.А. Эпидемиологические особенности чесотки в современных социально-экономических условиях / И.А. Багрецова, А.З. Лихтшангоф, В.А. Бобыльков // Санкт-Петербургские дерматологические чтения: матер. IX Российск. науч.-практ. конф. – Пб.: Человек и его здоровье, 2015. – С. 19-21.

35. Барсукова И.М. Современное состояние скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И.М. Барсукова // Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе: сб. матер. II науч.-практ. конф., 26.11.2014. – М.: ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. – С. 107–112.

36. Барсукова, И.М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых экономических условиях: дисер. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Барсукова Ирина Михайловна. – СПб., 2017. – 397 с.

37. Барсукова, И.М. Особенности современного развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И.М. Барсукова // Матер. III Съезда Ассоциации врачей экстр. мед. помощи Узбекистана, 29-30.10.2015. – Ташкент: Узбекистан, 2015. – С.13-14.

38. Барсукова, И.М. Современное состояние скорой медицинской помощи в Российской Федерации. / И.М. Барсукова // Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе: сб. матер. II науч.-практ. конф. 26.11.2014. – М.: ИНФОРМ-ПРАВО, 2014. – С. 107–112.

39. Барсукова, И.М. Современные направления кадровой политики в системе оказания скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, А.О. Бумай, И.А. Багрецова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 3. – С. 26-31.

40. Барсукова, И.М. Досуточная летальность и медицинская сортировка в стационаре

скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, А.О. Бумай, С.А. Климанцев // Никифоровские чтения – 2018: передовые мед. технологии: матер. науч.-практ. конф. – СПб.: Политехника сервис, 2018. – С. 25–27.

41. Барсукова, И.М. Медицинская сортировка в условиях скорой медицинской помощи / И.М. Барсукова, А.О. Бумай, И.А. Багрецова // Проблемы городского здравоохранения: сборник науч. тр. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2018. – С. 98–101.

42. Батыршин, Р.Ф. Организация больничной фармацевтической деятельности дерматовенерологической клиники в условиях децентрализации лекарственного снабжения / Р.Ф. Батыршин, М.М. Кохан, С.В. Батыршина // Заболевания, передаваемые половым путем. – 1998. – № 4. – С. 46–49.

43. Батыршин, Р.Ф. Управление качеством медицинской помощи в дерматовенерологической клинике / Р.Ф. Батыршин, А.Б. Блохин // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 47–50.

44. Блохин, А.Б. Роль приоритетных методов и форм в обеспечении эффективности функционирования 2–этапной системы оказания СМП / А.Б. Блохин [и др.] // Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения. – Екатеринбург, 2009. – 164 с.

45. Богуш, П.Г. Дерматоонкологическая помощь населению: актуальные задачи / П.Г. Богуш [и др.] // Вестник дерматол. и венерол. – 2003. – № 6. – С. 7–9.

46. Бойков, А.А. Научное обоснование совершенствования работы службы скорой медицинской помощи в крупном городе на догоспитальном этапе: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Бойков Алексей Александрович. – СПб., 2007.

47. Болезни, передаваемые половым путем: ведение пациентов. Доклад исследовательской группы ВОЗ / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 131 с.

48. Бондаренко, Т.Ф. Организационные аспекты ранней диагностики дерматовенерических заболеваний / Т.Ф. Бондаренко // Рос. мед. журн. – 2000. – № 6. – С. 8–10.

49. Брико, Н.И. Современная ситуация по болезням, передающимся половым путем, в России и тенденции ее развития / Н.И. Брико [и др.] // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 1999. – № 1. – С. 4–7.

50. Бугреева, Е.А. Научное обоснование организации дерматовенерологической помощи сельскому населению в современных условиях: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Е.А. Бугреева. – СПб., 2006. – 213 с.

51. Васильев М.М. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного здоровья девочек Новгородской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.М. Васильев. – СПб., 1995. – 17 с.

52. Вафина, Г.Г. Инновационные модели организации дерматовенерологической

службы в Казани / Г.Г. Вафина, И.К. Минуллин, А.А. Гильманов // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92, № 3. – С. 439–441.

53. Ведров, Н.С. Сифилис: клиника и лечение / Н.С. Ведров. - М.: Медгиз, 1950. — 275 с.

54. Вислобоков, А.В. Особенности клинических проявлений сифилиса у сельских жителей / А.В. Вислобоков // Росс. журн. кожных и вен. болезней. – 2006. – № 1. – С. 46–49.

55. Вишняков, Н.И. Анализ финансовых затрат на больных в стационарной скорой медицинской помощи при наличии у них положительной реакции ИФА на сифилис / Н.И. Вишняков, И.А. Багрецова / Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 22: Сборник научных трудов. – СПб.: ПСПбГМУ им. И. П. Павлова. - 2017. – С. 132-136.

56. Вишняков, Н.И. Распределение больных с сопутствующей дерматовенерологической патологией в стационаре скорой медицинской помощи / Н.И. Вишняков, И.А. Багрецова, Е.Н. Пенюгина и др. // Скорая медицинская помощь – 2017: матер. 16-го Всерос. конгресса. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2017.– С. 31–32.

57. Водяненко, И.М. Актуальные проблемы организации специализированной медицинской помощи жителям села / И.М. Водяненко [и др.] // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2002. – № 2. – С. 35–36.

58. Вознюк, И.А. Неотложная неврология: мезенхимальный и паренхиматозный нейросифилис (диагностический алгоритм): метод. рек.– СПб.:Стикс, 2018. – 32 с.

59. Галлямова, Ю.А. Профилактика ИПППП – важный фактор сохранения репродуктивного здоровья / Ю.А. Галлямова, Н.П. Пивень, И.Н. Матиенко // Вестник последиплом. мед.образования. – 2004. – № 3/4. – С. 64–67.

60. Гандарова, З.Б. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости болезнями кожи населения Республики Ингушетия: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33; 14.00.11 / З.Б. Гандарова. – СПб., 2000. – 20 с.

61. Главинская, Т.А. Роль серологического обследования больных системными дерматозами при диспансерном наблюдении / Т.А. Главинская [и др.] // Диспансеризация дерматологических больных. – Горький, 1987. – С. 81–84.

62. Гладько, В.В. Анализ заболеваемости чесоткой населения России и личного состава Вооруженных Сил / В.В. Гладько, Т.В. Соколова, И.В. Рязанцев // Военно-мед. журн. – 2004. – Т. 325, № 4. – С.62–66.

63. Гладько, В.В. Фармакоэкономический подход к терапии онихомикозов / В.В. Гладько, Г.Н. Тарасенко // Военно-мед. журн. – 2002. – Т. 323, № 6. – С. 54–55.

64. Головской, Б.В. Семейная практика – путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б.В.Головской // Здравоохранение. – 2005. – № 1. – С. 39–41.

65. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 г. // Здравоохранение РФ. – 2004. – № 1. – С. 3–18; № 2. – С. 3–23.
66. Гречко, А.В. Организационно-методическое обоснование механизмов повышения эффективности дерматовенерологической помощи населению: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / А.В. Гречко. – М., 2004. – 340 с.
67. Гришина, А.Л. Эпидемиология болезней, передаваемых половым путем, среди населения Москвы / А.Л.Гришина [и др.] // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 2001. – № 3. – С. 6–11.
68. Громыко, А.И. Эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы / А.И. Громыко // Заболевания, передаваемые половым путем. – 1996. – № 6. – С. 22–25.
69. Данилычева, И.В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом / И.В. Данилычева, Н.И. Ильина // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 184–187.
70. Дмитриев, Г.А. Сифлис: феномен, эволюция, новации / Г.А. Дмитриев, О.В. Доля, Т.И. Василенко. — Москва : БИНОМ, 2010. — 256 с.
71. Довжанский, С.И. Болезни, передаваемые половым путем: группы и факторы риска / С.И. Довжанский // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 4. – С. 25–26.
72. Довжанский, С.И. Изучение популяционной частоты и структуры заболеваемости псориазом в условиях Нижнего Поволжья (по данным регистра) / С.И. Довжанский, В.Д. Капланов, С.Р. Утц // Диспансеризация дерматологических больных. – Горький, 1987. – С. 96–99.
73. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / С.И. Довжанский // Вестник дерматол. и венерол. – 2001. – № 3. – С. 12–13.
74. Додонова, И.В. Сравнительный анализ отношения руководителей медицинских организаций и средних медицинских работников к вопросам обеспечения высокого качества медицинской помощи / И.В. Додонова, В.В. Елохин // Международная науч.-практ. конф. памяти И.В. Полякова, СПбГУ. – СПб., 2014. – С. 58–60.
75. Елохин, В.В. Научное обоснование совершенствования деятельности больницы скорой медицинской помощи в современных условиях (на примере городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Калининграда): дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / В.В. Елохин. – СПб., 2016. – 211 с.
76. Жильцова, Е.Е. Характеристика врачебных кадров дерматовенерологической службы на территориальном уровне / Е.Е. Жильцова, О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 40–42.

77. Жильцова, Е.Е. Этико-деонтологические и правовые аспекты оказания дерматовенерологической помощи населению / Е.Е. Жильцова // Росс. медико-биол. вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 3. – С. 114–117.
78. Заславский, Д.В. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, как медико-социальная, клиническая и организационная проблема регионального здравоохранения (на примере Ленинградской области): дис. ... д-ра мед. наук / Д.В. Заславский. – СПб., 2008. – 334 с.
79. Ибрагимов, Ш.И. Структура кожной патологии у лиц пожилого и старческого возраста / Ш.И. Ибрагимов // Вестн. дерматол. и венерол. – 1990. – № 2. – С. 37–40.
80. Иванов, С.В. Клинико-эпидемиологические особенности экземы у больных артериальной гипертонией / С.В. Иванов, В.П. Федотов // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 9. – С.31–35.
81. Изверова, Н.И. Новое в профилактике профессиональных дерматозов / Н.И. Изверова, В.В. Чикин // Медицина труда и пром. экология. – 2003. – № 5. – С. 38–40.
82. Итоги работы в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга в 2013 году и основные задачи на 2014 год / под ред. В.М. Колабутина. – СПб.: ООО «Эри», 2014. – 262 с.
83. Калининская, А.А. Организация работы скорой и неотложной медицинской помощи в г. Новомосковске Тульской области / А.А. Калининская [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 6–9.
84. Карпеев, А.А. Оперативно-диспетчерская система скорой медицинской помощи / А.А. Карпеев, Л.А. Мыльникова // Здравоохранение. – 2001. – № 2. – С.12-16.
85. Карпеев, А.А. Состояние дел и возможные пути реформирования службы скорой медицинской помощи / А.А. Карпеев // Здравоохранение. – 1999. – № 7. – С. 22-25.
86. Катунин, Г.Л. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика / Г.Л. Катунин, Л.Е. Мелехина, Н.В. Фриго // Вестн. дерматологии и венерологии. — 2013. — № 5. — С. 40-49.
87. Керимова, М.Г. Роль питания в профилактике и диетотерапии заболеваний кожи / М.Г. Керимова, Б.П. Суханов // Вопр. питания. – 2002. – Т. 71, № 1. – С. 53–58.
88. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями / Рос. общ-во дерматовенерологов и косметологов. — Москва: Деловой экспресс, 2012. — 112 с.
89. Колоколов, О.В. Нейросифилис вернулся / О.В. Колоколов, А.Л. Бакулев, А.М. Колоколова [и др.] // Бюл. мед. интернет-конф. — 2012. — Т. 2, № 9. — С. 682-686.
90. Колоколов, О. В. Поражение нервной системы у больных сифилисом: современный патоморфоз, диагностика и профилактика : автореф. дис. ... д-ра мед.наук :

14.01.11 ; 14.01.10 / О.В. Колоколов // Саратов. гос. мед. ун-т им. В.И. Разумовского. — Москва, 2013. — 28 с.

91. Коновалов, О.Е. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости населения сифилисом / О.Е. Коновалов, М.В. Баев // Здравоохранение РФ – 1998. – № 4. – С. 43–45.

92. Коробко, А.В. Сифилис у пациентов с вич-инфекцией - значение медико-социальных факторов в развитии сочетанной инфекции / А.В. Коробко, И.О. Смирнова и др. // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. - 2014. - Т. 6, № 4. - С. 57-63.

93. Корсунский, А.А. Современные проблемы детской дерматовенерологии в Российской Федерации и пути их решения / А.А. Корсунский, Л.П. Мазитова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2003. – № 3. – С.13–15.

94. Котенко, П.К. Анализ медико-социальных факторов, определяющих перспективный облик системы оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях в арктической зоне Российской Федерации / П.К. Котенко, В.И. Шевцов // Морская медицина. - 2018. - Т. 4., № 4. - С. 44-54.

95. Красильников, И.А. Анализ потоков больных по экстренным показаниям с использованием геоинформационной системы / И.А. Красильников, В.М. Дорофеев // Региональная информатика – 2000: Тез. докл. 7-й Санкт-Петерб. междунар. конф. – СПб., 2000. – С. 81.

96. Красносельских, Т.В. Программы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска заражения / Т.В. Красносельских, Е.В. Соколовский // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 2. – С. 12 – 19.

97. Красносельских, Т.В. Современные стандарты терапии сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение II) / Т.В. Красносельских, Е.В. Соколовский // Вестн. дерматол. и венерол. — 2015. — № 2 — С. 23-40.

98. Кубанова, А.А. Активное выявление дерматофитий в Российской Федерации / А.А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматол. и венерол. – 2000. – № 5. – С. 27–29.

99. Кубанова, А.А. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003-2016 гг. / А.А. Кубанова [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 6. – С. 22–33.

100. Кубанова, А.А. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть 1) / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, А.В. Власова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 6. – С. 12–21.

101. Кубанова, А.А. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть 2) / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, А.В. Власова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2018. – № 1. – С. 14–26.

102. Кубанова, А.А. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть 3) / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, А.В. Власова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2018. – № 2. – С. 12–26.
103. Кубанова, А.А. Дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2014 г. Успехи, достижения. Основные пути развития / А.А.Кубанова [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2015. – № 4. – С. 13–26.
104. Кубанова, А.А. Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 годы / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов и др. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2018. – № 1. – С. 27–37.
105. Кубанова, А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004. – № 4. – С. 16–19.
106. Кубанова, А.А. Оценка качества оказания квалифицированной помощи в дерматокосметологической практике / А.А. Кубанова, О.С. Панова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2002. – № 1. – С. 72–76.
107. Кубанова, А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001–2005 гг.: матер. VIII съезда дерматовенерологов России / А.А.Кубанова // Вестник дерматол. и венерол. – 2002. – № 1. – С.4–8.
108. Кубанова, А.А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2004-2013 гг. / А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. — № 5. — С. 24-31.
109. Кубанова, А.А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период 2006–2016 гг. / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 5. – С. 18–25.
110. Кубанова, А.А. Нормативно-правовое регулирование государственной политики в сфере здравоохранения в вопросах оказания специализированной помощи населению Российской Федерации / А.А. Кубанова [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2009. – № 5. – С. 4–13.
111. Кубанова, А.А. Результаты деятельности медицинских организаций дерматологического профиля, достигнутые в 2016 г. / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина и др. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 4. – С.17–27.
112. Кузьмин, А. Г. Дорожно-транспортный травматизм – национальная проблема России / А.Г. Кузьмин. – Saarbrücken: Lambert Publishing, 2014. – 79 с.
113. Кулагин, Б.И. Международная статистическая классификация болезней 10–го

пересмотра в дерматологии / Б.И. Кулагин [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – № 1. – С. 19–20.

114. Кулагин, В.И. Приоритетные задачи контроля за инфекциями, передаваемыми половым путем / В.И. Кулагин // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – № 2. – С. 24–26.

115. Кунгуров, Н.В. Актуальные вопросы совершенствования специализированной помощи больным хроническими дерматозами / Н.В. Кунгуров [и др.] // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2002. – № 5. – С. 75–76.

116. Кунгуров, Н.В. Медико-правовые аспекты организации контроля качества дерматовенерологической помощи / Н.В. Кунгуров, В.А. Игликов, Н.В. Марченко // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004. – № 3. – С. 16–20.

117. Кунгуров, Н.В. Пути совершенствования специализированной помощи больным дерматозами / Н.В. Кунгуров [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2002. – № 4. – С. 35–36.

118. Курдина, М.И. Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость диспансеризуемого населения / М.И. Курдина, Л.Е. Денисов, М.В. Тымчишина // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 3. – С. 28–30.

119. Курдина, М.И. Злокачественные опухоли кожи: заболеваемость и смертность / М.И. Курдина // Вестн. дерматол. и венерол. – 1993. – № 3. – С. 27–32.

120. Куценко, Г.И. Задачи государственной санитарно-эпидемиологической службы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем / Г.И. Куценко, О.Е. Коновалов, М.В. Баев // Гигиена и санитария. – 2003. – № 1. – С. 1013.

121. Куценко, Г.И. Факторы риска заражения молодежи инфекциями, передаваемыми половым путем / Г.И. Куценко, О.Е. Коновалов, М.В. Баев // Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 3. – С. 15–18.

122. Леонов, С.А. Отбор территорий для проведения эпидемиологических исследований распространенности кожных и венерических заболеваний / С.А. Леонов, А.В. Казаков // Вестн. дерматол. и венерол. – 1990. – № 1. – С. 33–37.

123. Леончук, Л.Д. Организационные и клинические вопросы диагностики меланом кожи на амбулаторном этапе обследования: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Л.Д. Леончук. – Л., 1990. – 24 с.

124. Лосева, О.К. Сифилис и беременность / О.К. Лосева // Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИПППП и других урогенитальных инфекций. – М., 1999. – С. 11–15.

125. Лосева, О.К. Нейросифилис в практике психиатра / О. К. Лосева, Л. Б. Важбин, Т. М. Шувалова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 12. – С. 77–82.

126. Малишевская, Н.П. Вопросы организации дерматоонкологической помощи населению / Н.П. Малишевская, Г.Н. Чайковский // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 1999. – № 2. – С. 7–11.
127. Малишевская, Н.П. Эпидемиологическое и клиническое значение предопухолевого фона в развитии злокачественных новообразований кожи / Н.П. Малишевская [и др.] // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 1998. – № 1. – С. 18–22.
128. Мартыненко, А.В. Социально-гигиенические вопросы профилактики венерических болезней / А.В. Мартыненко, В.В. Мартыненко // Врачеб. дело. – 1993. – № 5/6. – С. 161–164.
129. Машкиллейсон, А.Л. Заболеваемость аллергодерматозами и кожным зудом в Благовещенске / А.Л. Машкиллейсон [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 4. – С. 42–44.
130. Медик, В.А. Общественное здоровье (курс лекций): Часть II. Охрана здоровья населения / В.А. Медик, В.К. Юрьев. М., 2002. – 368 с.
131. Мирошниченко, А.Г. Правовые основы работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации / А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2013. – Тематический выпуск: Организация здравоохранения. Скорая медицинская помощь, 2 апрель-июнь 2013. – С. 72–77.
132. Мирошниченко, А.Г. Скорая медицинская помощь в свете Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. / А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. – С. 4–10.
133. Молочков, В.А. Опыт работы по совершенствованию медицинской помощи больным заболеваниями, передающимися половым путем, в Московской области / В.А. Молочков [и др.] // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. 1998. – № 3. – С. 71–76.
134. Морозова, Е.В. Анализ междисциплинарной работы в рамках реализации мероприятий по диспансеризации пациентов дерматовенерологического профиля / Е.В. Морозова, О.Б. Чертухина // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2014. – Т. 16, № 5(4). – С. 1517–1522.
135. Морозова, Е.В. Обеспечение доступности и междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» / Е.В. Морозова // Практическая медицина. – 2014. – № 8 (84). – С. 58–60.
136. Муратова, Е.Ю. Некоторые подходы к реформированию дерматовенерологической службы в Санкт-Петербурге / Е.Ю. Муратова // Проблемы оценки качества медицинской помощи. – СПб., 1998. – Вып. 2. – С. 306–313.

137. Мураховский А.Г. Особенности медицинских технологий в больнице скорой медицинской помощи / А.Г.Мураховский [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 2. – С. 28–30.
138. Мыльникова, Л.А. Совершенствование медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном и госпитальном этапах оказания скорой медицинской помощи / Л.А. Мыльникова // Скорая медицинская помощь. 2004. – № 1. – С. 5–7.
139. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении: рук. для врачей / под ред. А.В. Самцова. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2006. — 126 с.
140. Некрасова, Т.С. Пути диспансеризации больных микозами стоп в условиях агропромышленного комплекса / Т.С. Некрасова, М.С. Голод, Н.В. Щербакова // Диспансеризация дерматологических больных. – Горький, 1987. – С. 75–79.
141. Нихоношин, А.И. Научное обоснование в реорганизации службы скорой медицинской помощи в муниципальном образовании (по материалам Саткинского района Челябинской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / А.И. Нихоношин. – Ектб., 2006. – 25 с.
142. Одинак, О.М. Неврологические особенности течения сифилиса в современных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11 / Одинак Олег Мирославович; [Военно-мед. акад.]. — СПб., 1999. — 30 с.
143. Осипов, А.Н. Новый опыт организации скорой медицинской помощи (г. Челябинск) / А.Н. Осипов // Здравоохранение. – 2002. – № 1. – 37–40.
144. Парфенов, В.Е. Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе / В.Е. Парфенов, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова // Здоровье нации. – 2012. – № 4 (11). – С. 16–19.
145. Парфенов, В.Е. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов хирургического профиля: учебно-методическое пособие / В.Е. Парфенов, А.Е. Демко, М.В. Ромашкин-Тиманов и др. / под ред. проф. В.Е. Парфенова. – СПб.: ООО «Фирма Стикс», 2018. – 60 с.
146. Пасечник, К.В. Первые итоги использования в республике Молдова относительно анонимного метода обследования и лечения больных с заболеваниями, передающимися половым путем: матер. IX Всесоюзного съезда дерматологов и венерологов / К.В. Пасечник. – 1991. – С. 70–71.
147. Пенюгина, Е.Н. Актуальность совершенствования доступности и качества специализированной дерматологической медицинской помощи в условиях стационара скорой медицинской помощи / Е.Н. Пенюгина, И.А. Багрецова, И.М. Барсукова и др. // Скорая

медицинская помощь – 2017: матер. 16-го Всерос. конгресса. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2017. – С. 102–103.

148. Перщетская, Е.Б. Научное обоснование деятельности КВД по профилактике и снижению венерических заболеваний среди городского населения на территориальном уровне: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Е.Б. Перщетская. – СПб., 2005. – 178 с.

149. Пестерев, П.Н. О диспансеризации больных дерматозами и ее значении для экспертизы призывников / П.Н. Пестерев, Е.С. Подгорнова // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2001. – № 3. – С. 57–58.

150. Петухова, А.В. Аналитико-прогностическая оценка заболеваемости псориазом в крупном городе в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33; 14.00.11 / А.В. Петухова. СПб., 2003. – 16 с.

151. Преображенская, В.С. Особенности диспансеризации сельского населения / В.С. Преображенская // Здравоохранение Рос. Фед., 1987. – № 1. – С. 11–15.

152. Привалова, Н.К. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации: анализ тенденций и прогноз развития эпидемиологической ситуации / Н.К. Привалова, Л.И. Тихонова // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2000. – № 5. – С. 35–40.

153. Привалова, Н.К. Прогнозно-аналитическая и экономическая оценка заболеваемости сифилисом в 1970-2005 годах: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33; 14.00.11 / Н.К. Привалова. – СПб., 2000. – 18 с.

154. Приказ Минздрава России от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2001. – № 4. – С. 34–41.

155. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9101-poryadok-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-po-profilu-dermatovenerologiya-utv-prikazom-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-15-noyabrya-2012-g-924n>.

156. Приказ Минздрава России от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»: офиц. текст [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

157. Приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»: офиц. текст [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

158. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 142н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-дерматовенеролог»»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

159. Родионов, А.Н. Дерматология. Иллюстрированное руководство клинической диагностики по профессору Родионову А.Н. / А.Н. Родионов, Д.В. Заславский и др. - Москва: Граница, 2018. – 944 с.

160. Распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 31.12.2002 № 500 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

161. Распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 24.09.2007 № 479-п/1 «О порядке учета и регистрации инфекционных и паразитарных болезней в Санкт-Петербурге»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

162. Распоряжения Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 27.08.2002 № 309-р «О совершенствовании лабораторной диагностики сифилиса, гонореи, других инфекций, передающихся преимущественно половым путем, дерматозов и заразных кожных заболеваний»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.

163. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2004–2013 гг.: Статистические материалы. – Москва, 2014.

164. Решетник, Д.А. Использование современных технологий в практической деятельности врача-дерматовенеролога / Д.А. Решетник, Е.В. Литвинова // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2002. – № 1/2. – С. 147–149.

165. Роспотребнадзор назвал регионы с высокой заболеваемостью сифилисом. – Режим доступа: <https://iz.ru/664936/elina-khetagurova/rospotrebnadzor-nazval-regiony-s-vysokoi-zabolevaemosti-sifilisom> (10.11.2017).

166. Рязанцев, И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в Вооруженных силах РФ: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / И.В. Рязанцев. – М., 2004. – 24 с.

167. Самцов, А.В. Дерматология накануне XXI века / А.В. Самцов, В.В. Барбинов, Д.В. Казаков // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – № 2. – С. 14–17.

168. Сергеев, А.Ю. Проект «Ахиллес»: онихомикозы на рубеже тысячелетий / А.Ю. Сергеев [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2002. – Т. 323, № 1. – С. 40–44.

169. Скрипкин, Ю.К. Актуальные проблемы современной дерматопрофпатологии /

Ю.К. Скрипкин [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 1998. – № 2. – С. 4–6.

170. Скрипкин, Ю.К. Болезни, передаваемые половым путем / Ю.К. Скрипкин, В.А. Аковбян // Рос. мед. журн. – 1997. – № 6. – С. 10–13.

171. Скрипкин, Ю.К. Инфекции, передаваемые половым путем: практ. руководство / Ю.К. Скрипкин, Г.Я. Шарапова, Г.Д. Селицкий. – М.: Медпресс, 2001. – 363 с.

172. Скрипкин, Ю.К. Информационное насыщение дерматовенерологической службы России как фактор повышения эффективности и качества медицинского обслуживания / Ю.К. Скрипкин, В.В. Ключаев // Вестн. дерматол. и венерол. – 1992. – № 10. – С. 21–23.

173. Скрипкин, Ю.К. Современные проблемы дерматовенерологии / Ю.К. Скрипкин [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 1997. – № 6. – С. 4–8.

174. Смирнова, Т.С. Медицинские, организационно-профилактические и социально-эпидемиологические аспекты ИППП в Санкт-Петербурге в период рыночных преобразований: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Т.С. Смирнова. – СПб., 2000. – 24 с.

175. Соколова, Т.В. К эпидемиологии чесотки / Т.В. Соколова, М.И. Радченко, А.Б. Ланге // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 8. – С. 41–45.

176. Соколова, Т.В. Сезонность заболеваемости чесоткой и плодовитость чесоточного клеща *Sarcoptes scabiei* Geer как показатель активности популяции возбудителя / Т.В. Соколова, М.И. Радченко, А.Б. Ланге // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 11. – С. 12–15.

177. Соколова, Т.В. Чесотка. Новое в этиологии, эпидемиологии, клинике, диагностике, лечении и профилактике (лекция) / Т.В. Соколова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – № 1.

178. Соколовский, Е.В. ЗППП: заболевания, передаваемые половым путем / Е.В. Соколовский // Мир медицины. – 1997. – № 3. – С. 22–25.

179. Соколовский, Е.В. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом / Е.В. Соколовский, Т.В. Красносельских, М.Р. Рахматулина и др. – М., 2015. – 45 с.

180. Стародубов, В.И. Анализ деятельности служб скорой и неотложной помощи г. Самары // В.И. Стародубов [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – С. 23–25.

181. Статистический сборник 2017 год. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2017-god>.

182. Стожаров, В.В. Современные проблемы организации экстренной госпитализации больных / В.В. Стожаров [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 2. – С. 28–33.

183. Суслوнова, Н.В. Служба скорой медицинской помощи в Чувашской республике / Н.В. Суслонова // Скорая медицинская помощь. – 2010. – № 3. – С. 12–14.

184. Сухарев, А.В. Комбинированная наружная терапия дерматитов, осложненных вторичной инфекцией / А.В. Сухарев и др. // Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. - 2012. - № 3-4. - С. 25-28.
185. Сырнева, Т.А. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки на современном этапе / Т.А. Сырнева, Е.Б. Корюкина // Клиническая дерматология и венерология. - 2009. - № 6. - С. 20-25.
186. Тесалова, О.Т. Моделирование динамики заболеваемости трихофитией / О.Т. Тесалова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. 1989. - № 2. - С. 32-38.
187. Тихонова, Л.Н. Дерматовенерологическая служба России: проблемы, поиски, решения / Л.Н. Тихонова // Инфекции, передаваемые половым путем. - 2001. - № 3. - С. 28-31.
188. Торбин, О.Н. Опыт проведения санитарно-просветительной программы по профилактике венерических и кожных заболеваний по «телефону доверия» / О.Н. Торбин // Вестник дерматологии и венерологии. - 1989. - № 8. - С. 27-29.
189. Тумашева, Н.И. Консультативный прием профессора / Н.И. Тумашева // Вестник дерматологии и венерологии. - 1987. - № 6. - С. 39-40.
190. Утц, С.Р. Клинико-эпидемиологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и лечению на современном этапе (обзор) / С.Р. Утц, А.И. Завьялов, В.М. Марченко // Саратовский науч.-мед. журнал. - 2011. - Т. 7. - № 3.
191. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом / Рос. общ-во дерматовенерологов и косметологов. — Москва, 2015. — 45 с.
192. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.
193. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: офиц. текст [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>.
194. Федоров, С.М. Особенности профилактики дерматомикозов / С.М. Федоров [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 1999. - № 3. - С. 18-19.
195. Федоровская, Р.Ф. Роль врача-дерматовенеролога при проведении ежегодной диспансеризации всего населения / Р.Ф. Федоровская, М.П. Платонова, М.В. Яцуха // Диспансеризация дерматологических больных. - Горький, 1987. - С. 12-13.
196. Фролова, А.И. Оценка состояния заболеваемости педикулезом в России и современные средства борьбы с ним / А.И. Фролова // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 1997. - № 3. - С. 41-42.
197. Фролова, А.И. Педикулез и проблемы борьбы с ним на современном этапе / А.И.

Фролова, В.В. Худобин // Мед. паразитология и паразитар. болезни. – 1995. – № 3. – С.51–55.

198. Худобин, В.В. Эпидемиологические аспекты педикулеза / В.В. Худобин // Воен.-мед. журн. – 1996. – Т. 317, № 8. – С. 29–32.

199. Цыркунов, Л.П. Организация борьбы с профессиональными дерматозами в условиях перестройки медицинской науки и советского здравоохранения / Л.П. Цыркунов, А.А. Антоньев, Б.А. Сомов // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 12. – С. 4–8.

200. Черноокий, Г.П. Структура дерматовенерологической службы в условиях нового хозяйственного механизма / Г.П.Черноокий // Здравоохранение Белоруссии. – 1991. – № 4. – С. 32–33.

201. Чикин, В.В. Особенности развития дерматозов у работающих в контакте с веществами, обладающими раздражающим и аллергенным действием / В.В. Чикин // Медицина труда и пром. экология. – 2001. – № 11.– С. 12–16.

202. Чумичев, Е.А. Оптимизация деятельности дерматовенерологической службы Липецкого региона на основе ситуационного моделирования и прогнозирования заболеваемости населения инфекциями, передаваемыми половым путем: дис. ... канд. мед. наук: 05.13.01 / Е.А. Чумичев. – Воронеж, 2009. – 158 с.

203. Шакуров, И.Г. Организация платных медицинских услуг в дерматовенерологическом учреждении в системе обязательного медицинского страхования / И.Г. Шакуров, Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг// Вестн. дерматол. и венерол. – 2002. – № 5. – С. 34–36.

204. Шакуров, И.Г. Оценка деятельности дерматовенерологического учреждения в условиях обязательного медицинского страхования / И.Г. Шакуров, Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2002. – № 5. – С. 77–79.

205. Шапошников, О.К. Ошибки в дерматологии: Руководство для врачей / О.К. Шапошников [и др.]. – Л.: Медицина, 1987. – 206 с.

206. Шишов, А.С.Обусловленные сифилисом поражения головного и спинного мозга / А.С. Шишов, Н.М. Саврасова, Т.А. Титова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2014. — № 3. — С. 14-23.

207. Шувалова, Т.М. Заболеваемость сифилисом в Московской области / Т.М. Шувалова [и др.] // Инфекции, передаваемые половым путем. – 1998. – № 6.– С. 26–32.

208. Шумай, Н.И. Распространенность новообразований кожи в Московской области по данным целевых медицинских осмотров / Н.И. Шумай // Вестн. дерматол. и венерол. – 1993. – № 3. – С. 24–27.

209. Шумай, Н.И. Эпидемиология опухолей кожи / Н.И. Шумай // Вестн. дерматол. и венерол. – 1993. – № 2. – С. 26–31.

210. Юрьев, В.К. Методика расчета и анализ показателей деятельности учреждения здравоохранения: учебно-методическое пособие / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, К.Е. Моисеева // Санкт-Петерб. гос. педиатр. мед. академия. – СПб.: СПбГПМУ, 2009. – 44 с.
211. Юрьев, В.К. Некоторые результаты оценки пациентами качества медицинской помощи / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, Н.В. Витенко и др. // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17. – № 2. – С. 5-7.
212. Юрьев, В.К. Основные причины неудовлетворенности больных качеством предоставляемых услуг при прохождении лечения в условиях круглосуточного стационара / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, М.Г. Хведелидзе и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 190.
213. Юрьев, В.К. Результаты оценки качества стационарной дерматологической помощи с использованием автоматизированной информационной системы / В.К. Юрьев, Д.В. Заславский, М.Г. Хведелидзе // Медицина и организация здравоохранения. – 2017. – Т. 2. – № 1. – С. 4-8.
214. Юсупова, Л.А. Клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости сифилисом в Республике Татарстан / Л.А. Юсупова, Г.И. Мавлютова // Международ. журн. эксперимент. образования. — 2013. — № 7. — С. 72—76.
215. Якубович, А.И. Анализ заболеваемости урогенитальным трихомониазом среди подростков и молодежи в Иркутской области / А.И. Якубович [и др.] // Вестник последиплом. мед. образования. – 2004. – № 2. – С. 50.
216. Ярушина, Р.М. Межведомственный подход к организации борьбы с венерическими болезнями на современном этапе / Р.М. Ярушина [и др.] // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2001. – № 3. – С. 54–57.
217. Яхно, Н.Н. Хронический сифилитический менингоэнцефалит с нормотензивной гидроцефалией («прогрессивный паралич») / Н. Н. Яхно, И. В. Дамулин, И.Ю. Савушкина [и др.] // Неврол. журн. — 2009. — № 4. — С. 34-41.
218. Яцуха, М.В. О некоторых проблемах дерматовенерологии при проведении всеобщей диспансеризации населения / М.В. Яцуха // Вестн. дерматол. и венерол. – 1989. – № 4. – С. 35–38.
219. Яцуха, М.В. Противоэпидемическая работа и заболеваемость венерическими болезнями / М.В. Яцуха // Вестн. дерматол. и венерол. – 1990. – № 9. – С. 33–36.
220. Ayyalaraju, R.S. Inpatient dermatology. United Kingdom and United States similarities: moving with the times or being relegated to the back bench? / R.S.Ayyalaraju, A.Y. Finlay // Dermatol. Clin. – 2000. – Vol. 18, № 3. – P. 397–404.
221. Bingefors, K. Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical

drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey / K. Bengefors, M. Lindberg, D. Isacson // *Br. J. Dermatol.* – 2002. – V. 147, № 2. – P. 285–290.

222. Brown, M.D. Changing trends in melanoma treatment and the expanding role of the dermatologist / M.D. Brown, T.M. Johnson, N.A. Swanson // *Dermatol. Clin.* – 1991. – Vol. 9, № 4. – P. 657–667.

223. Burgiss, S.G. Telemedicine for dermatology care in rural patients / S.G. Burgiss [et al.] // *Telemed J.* – 1997. – Vol. 3, № 3. – P. 227–233.

224. Cañizares, M.J. The incidence of nonattendance at an urgent care dermatology clinic / M.J. Cañizares, N.S. Penneys // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2002. – V. 46, № 3. – P. 457–459.

225. Cargnello, J.A. Dermatological services for rural Victoria / J.A. Cargnello // *Med. J. Aust.* – 1996. – Vol. 164, № 9. – P. 576.

226. Cellini, A. An epidemiological study on cutaneous diseases of agricultural workers authorized to use pesticides / A. Cellini, A. Offidani // *Dermatology.* – 1994. – Vol. 189, № 2. – P. 129–132.

227. Chuang, T.Y. Dermatoepidemiology. 3. ABC principles for a critical review of the literature / T.Y. Chuang, G.W. Mirowski, G.T. Reizner // *Int. J. Dermatol.* – 1998. – Vol. 37, № 1. – P. 1–6.

228. Dalgard, F. Self-reported skin complaints: validation of a questionnaire for population surveys / F. Dalgard [et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2003. – Vol. 149, № 4. – P. 794–800.

229. Dalgard, F. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study / F. Dalgard [et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2004. – Vol. 151, № 2. – P. 452–457.

230. De Schryver, A. Epidemiology of sexually transmitted diseases: a global picture / A. DeSchryver, A. Meheus // *Bull. WHO.* – 1990. – Vol. 68. – P. 639–654.

231. Diepgen, T.L. Aktuelle Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. Konsequenzen für Gesundheitspolitik und Dermatologie / T.L. Diepgen // *Hautarzt.* – 2003. – Bd. 54, № 9. – P. 804–808.

232. Federman, D. A comparison of diagnosis, evaluation, and treatment of patients with dermatologic disorders / D. Federman [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1995. – Vol. 32, № 5, Pt. 1. – P. 726–729.

233. Federman, D. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective / D. Federman [et al.] // *Arch. Dermatol.* – 2001. – V. 137, № 1. – P. 25–29.

234. Feldman, S.R. New topical treatments change the pattern of treatment of psoriasis: dermatologists remain the primary providers of this care / S.R. Feldman, A.B. Fleischer, J.Z. Cooper // *Int. J. Dermatol.* – 2000. – Vol. 39, № 1. – P. 41–44.

235. Feldman, S.R. Time-efficiency of nondermatologists compared with dermatologists in

the care of skin disease / S.R. Feldman [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1999. – Vol. 40, № 2, Pt. 1. – P. 194–199.

236. Filip, J.C. Mail surveys can achieve high response rates in a dermatology patient population / J.C.Filip [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2004. – V. 122, № 1. – P. 39–43.

237. Fischer, M. Das dermatologischeKonsil / M.Fischer, H.Bergert, W.C.Marsch // Hautarzt. – 2004. – Bd. 55, № 6. – P.543–548.

238. Fleischer, A.B. Diagnosis of skin disease by nondermatologists / A.B.Fleischer [et al.] // Am. J. Manag. Care. – 2000. – Vol. 6, № 10. – P. 1149–1156.

239. Freedman D. La venereologiedansl'Europeunie, al'horizon de l'an 2000 / D. Freedman // Ann. Dermatol.Venereol. – 1993. – Vol. 120, № 1. – P. 72–74.

240. Friedman, G.D. Opportunities for research in dermatologic epidemiology / G.D. Friedman // J. Invest. Dermatol. – 1994. – Vol. 102, № 6. – P. 57S–58S.

241. Fuller, L.C. Epidemiology of scabies / L.C.Fuller // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2013. – Vol. 26, № 2. – P. 123–126.

242. Furstenberg, T. Abbildungsqualitat der Dermatologieim G–DRG–System 2004 / T.Furstenberg // Hautarzt. – 2004. – Bd. 55, № 11. – S. 1039–1046.

243. Giglia, L. Syphilis trends in Canada 1981–1992 / Giglia L. // Can. Commun. Dis. Rep. – 1994. – Vol. 20, № 14. – P. 113–120.

244. Gill, D. Population–based surveys on the frequency of common skin diseases in adults – is there a risk of response bias? / D.Gill [et al.] // Clin. Exp. Dermatol. – 2000. – Vol. 25, № 1. – P. 62–66.

245. Gupta, M.A. Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of nonclinical subjects / M.A. Gupta, A.K. Gupta // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2004. – V. 18, № 5. – P. 560–565.

246. Halkier–Sorensen, L. Occupational skin diseases: reliability and utility of the data in the various registers; the course from notification to compensation and the costs: A case study from Denmark / L.Halkier–Sorensen // Contact Dermatitis. – 1998. – Vol. 39, № 2. – P. 71–78.

247. Hamm, R.H. Syphilis in Missouri: a continuing problem / R.H. Hamm // Mo. Med. – 1994. – Vol. 91, № 5. – P. 224–229.

248. Hancox, J.G. Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study of office visits from 1990 to 1998 / J.G. Hancox [et al.] // Int. J. Dermatol. – 2004. – Vol. 43, № 1. – P. 6–11.

249. Henderson C.A. Skin disease in rural Tanzania / C.A. Henderson // Int. J. Dermatol. – 1996. – Vol. 35, № 9. – P. 640–642.

250. High, W.A. Assessment of the accuracy of low-cost store-and-forward teledermatology consultation / W.A. High [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2000. – Vol. 42, № 5, Pt. 1. – P. 776–783.

251. Hillier, L. Rural youth: HIV/STD knowledge levels and sources of information / L. Hillier, D. Warr, B. Haste // *Aust. J. Rural Health.* – 1998. – V. 6, № 1. – P. 18–26.
252. Infectious and congenital syphilis in England // *Commun. Dis. Rep. CDR Wkly.* – 1994. – Vol. 4, № 20. – P. 91.
253. Isacson, D. Self-reported dermatological problems and preferences for health: an epidemiological survey / D. Isacson, K. Bingefors, M. Lindberg // *ActaDerm. Venereol.* – 2004. Vol. 84, № 1. – P. 27–31.
254. Javitz, H.S. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States / H.S.Javitz [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2002. – V. 46, № 6. – P. 850–860.
255. Julian, C.G. Dermatology in general practice / C.G. Julian // *Br. J. Dermatol.* – 1999. – Vol. 141, № 3. – P. 518–520.
256. Kilkenny, M.F. The frequency and nature of skin conditions seen in a private dermatology practice in central Victoria, 1991–95 / M.F. Kilkenny, R. Marks // *Australas. J. Dermatol.* – 1996.–Vol. 37, Suppl. 1. – P. S50–353.
257. Kilmarx, P.H. Theevolving epidemiology of syphilis / P.H. Kilmarx, M.E. St. Louis // *Am. J. Publ. Hlth.* – 1995. – Vol. 85, № 8. – P. 1053–1054.
258. Kirsner, R.S. The changing status of inpatient dermatology at American academic dermatology programs / R.S. Kirsner, D.G. Yang, F.A. Kerdel // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1999. – Vol. 40, № 5, Pt. 1. – P. 755–757.
259. Kirsner, R.S. The effect of health care delivery systems on admission to and treatment at an inpatient dermatology unit / R.S. Kirsner [et al.] // *Dermatol. Clin.* –2000. – Vol. 18, № 3. – P. 391–395.
260. Kopf, A.W. International Foundation for Dermatology. A challenge to meet the dermatologic needs of developing countries / A.W.Kopf // *Dermatol. Clin.* – 1993. – Vol. 11, № 2. – P. 311–314.
261. Kurban, R.S. Common skin disorders of aging: diagnosis and treatment / R.S. Kurban, A.K.Kurban // *Geriatrics.* – 1993. – Vol. 48, № 4. – P. 30–42.
262. Lober, C.W. Dermatology. Positioned for health care reform / C.W.Lober // *Arch. Dermatol.* – 1996. – Vol. 132, № 9. – P. 1065–1067.
263. Lukasiewicz, E. La dermatologieliberaleen France metropolitaineen 2000 / E. Lukasiewicz // *Ann. Dermatol. Venereol.* – 2002. – Vol. 129, № 11. – P. 1261–1265.
264. Marks, R. The public health approach to the burden of common skin diseases in the community / R.Marks // *J. Dermatol.* – 2001. – Vol. 28, № 11.– P. 602–605.
265. McAlister, R.O. Patient and physician perspectives vary on atopic dermatitis / R.O. McAlister [et al.] // *Cutis.* – 2002. – Vol. 69, № 6. – P. 461–466.

266. Menn, E.R. Teledermatology in a changing health care environment / E.R. Menn, J.C. Kvedar // *Telemed. J.* – 1995. – Vol.1, № 4. – P. 303–308.
267. Morgan, V.A. Skin disease in general practice / V.A.Morgan // *Australas. J. Dermatol.* – 1992. – Vol. 33, № 2. – P. 113–115.
268. Odom, R.B. Future trends in dermatology / R.B. Odom // *Dermatol. Clin.* 1993. – Vol. 11, № 2. – P.307–310.
269. Oliveria, S.A. Adoption of new technologies for early detection of melanoma in dermatologic practice / S.A. Oliveria [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 2003. – Vol. 49, № 5. – P. 955–959.
270. Ortiz, A. Epidemiología de las enfermedades dermatológicas en atención primaria / A. Ortiz [et al.] // *Rev. Sanid. Hig. Publica.* – 1992. – V. 66, № 1. – P. 71–82.
271. Pak, H.S. Teledermatology and teledermatopathology/H.S.Pak// *Semin. Cutan. Med. Surg.* – 2002. – Vol. 21, № 3. – P. 179–189.
272. Pak, H.S. Teledermatology: an intraobserver diagnostic correlation study: Pt.1, 2 / H.S. Pak [et al.] // *Cutis.* 2003. – Vol. 71, № 5. – P. 399–403; № 6. – P. 476–480.
273. Pardasani, A.G. Treatment of psoriasis: an algorithm-based approach for primary care physicians / A.G. Pardasani, S.R. Feldman, A.R. Clark// *Am. Fam. Physician.* – 2000. – Vol. 61, № 3. – P. 725–736.
274. Penneys, N.S. Quality assessment of skin biopsy specimens referred to anonymous consultants / N.S.Penneys // *Arch. Dermatol.* 1996. – Vol. 132, № 9. – P. 1053–1056.
275. Plunkett, A. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia / A.Plunkett [et al.] // *Int. J. Dermatol.* – 1999. – Vol. 38, № 12. – P. 901–908.
276. Prodanovich, S. Inpatient dermatology. A prescription for survival / S.Prodanovich, R.S. Kirsner, F.A. Kerdel // *Dermatol. Clin.* – 2001. – Vol. 19, № 4. – P. 593–602.
277. Say, P.J. Common sexually transmitted diseases – / P.J. Say // *N.Z. Med. J.* – 1993. – Vol. 106, № 959. – P. 288–290.
278. Scheinfeld, N. Evaluating patient acceptance of a teledermatology link of an urban urgent-care dermatology clinic run by residents with board certified dermatologists / N.Scheinfeld [et al.] // *Skinmed.* – 2003. – Vol. 2, № 3. – P. 159–162.
279. Sigurgeirsson, B. Skin disease and malignancy: An epidemiological study / B.Sigurgeirsson // *ActaDerm. Venereol. Suppl.* – 1992. – Vol. 178. – P. 1–110.
280. Smith, E.S. Demographics of aging and skin disease / E.S. Smith, A.B. Fleischer, S.R. Feldman // *Clin. Geriatr. Med.* – 2001. – Vol. 17, № 4. – P. 631–641.
281. Solomon, B.A. Quality of care: issue or oversight in health care reform? / B.A.Solomon // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1996. – Vol. 34, № 4. – P. 601–607.

282. Spiewak R. Occupational dermatoses among Polish private farmers, 1991–1999 / R.Spiewak // *Am. J. Ind. Med.* – 2003. – Vol. 43, № 6. – P. 647–655.
283. Spiewak, R. Atopy, allergic diseases and work-related symptoms among students of agricultural schools: first results of the Lublin study / R.Spiewak [et al.] // *Ann. Agric Environ. Med.* – 2001. – Vol. 8, № 2. – P. 261–267.
284. Spiewak, R. Work-related skin symptoms and type I allergy among eastern-Polish farmers growing hops and other crops / R. Spiewak, A. Gora, J. Dutkiewicz // *Ann. Agric. Environ. Med.* – 2001. – Vol. 8, № 1. – P. 51–56.
285. Stern, R.S. Dermatologists and office-based care of dermatologic disease in the 21st century / R.S.Stern // *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* – 2004. – Vol. 9, № 2. – P. 126–130.
286. Stern, R.S. The diminishing role of the dermatologist in the office-based care of cutaneous diseases / R.S.Stern, C. Nelson // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1993. – Vol. 29, № 5, Pt.1. – P. 773–777.
287. Suhonen R. Teledermatology trial in Finland / R.Suhonen // *J. Telemed. Telecare.* – 1997. – Vol. 3, № 1. – P. 61–62.
288. Thomas, J.C. Evaluation and lessons learned from a lay health advisor programme to prevent sexually transmitted diseases / J.C. Thomas, J.A. Earp, E. Eng // *Int. J. STD AIDS.* – 2000. – Vol. 11, № 12. – P. 812–818.
289. Thompson, T.T. Only 33% of visits for skin disease in the US in 1995 were to dermatologists: is decreasing the number of dermatologists the appropriate response? / T.T. Thompson, S.R. Feldman, A.B. Fleischer // *Dermatol. Online J.* – 1998. – Vol. 4, № 1. – P. 3.
290. Treurniet, H.F. Trends in de frequentie van seksueel over-draagbareaandoeningen in Nederland / H.F. Treurniet // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 1993. – Vol. 137, № 29. – P. 1457–1461.
291. Verboom, P. The cost of atopic dermatitis in the Netherlands: an international comparison / P.Verboom [et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2002. – Vol. 147, № 4. – P. 716–724.
292. Werth, V.P. Preserving medical dermatology. A colleague lost, a call to arms, and a plan for battle – / V.P. Werth [et al.] // *Dermatol. Clin.* – 2001. – Vol. 19, № 4. – P. 583–592.
293. Whited, J.D. Teledermatology. Current status and future directions / J.D .Whited // *Am. J. Clin. Dermatol.* – 2001. – Vol. 2, № 2. – P. 59–64.
294. Wolkenstein, P. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample / P. Wolkenstein [et al.] // *Arch. Dermatol.* – 2003. – Vol. 139, № 12. – P. 1614–1619.
295. Wu S.J., Tanphaichitr A., Ly M. Recent advances in dermatology / S.J. Wu, A. Tanphaichitr, M. Ly // *Clin. Pediatr. Med. Surg.* – 2002. – Vol. 19, № 1. – P. 65–78.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Статистическая карта пациента

ФИО				Дата рождения				Возраст			
Номер и/б				Комп. номер				Год поступления			
Пол		Гражданство		Раб–т / Не раб–т				Пенсионер, студент			
Группа инвалидности				Отделение							
Профиль											
Дата поступления				Дата выбытия				Исход			
Код по МКБ–10											
DS											
Год выбытия				DS дерматологический							
Дата и время поступления											
Отделение выбытия				Профиль по статистике							
Дата и время выбытия				Вид выбытия –							
Доставлен				Кем направлен							
Результат госпитализации											
Прочее направившее учр..				Доход							
Расход по себестоимости				Медикаменты							
Заключительный DS				DS осложнения –							
DS сопут. к основному				DS сопут. к DS поступления							
Основная причина смерти				Непосредств. причина смерти –							
Патологоанат. DS				DS направившего учр.							
DS приемного покоя –				Основной статистический DS							
DS суд.–мед. экспертизы											
DS приемного неуточн.											
DS направл. Неуточн.											
Дополнительный DS											
Количество операций		ОПЕРАЦИИ									
Операции											
Дата первой операции				Кол–во дней до операции от даты поступления							

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЭКГ		УЗИ		Рентгенография		Флюорография	
КТ		МРТ		Ренография		Эзофагогастродуоденоскопия	

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови клинический				Анализ крови биохим.				Анализ мочи общий			
Соотношение лейкоцитов в крови				Коагулограмма							
Бак. исслед. крови на стерильность				Бак. исслед. на аэробные м/о							
Определение осн. гр. крови (ABO)				Выделение и идент–я возбудителей в моче							
Обнаружение этанола				Морфологическое исслед–е							
Иссл–е газового состава крови				Иссл–е уровня глюкозы в крови							
Обнаружение гемоглобина в моче				Микроскоп. исслед–е							
Цитологическое исслед–е				Исследование уровня фибриногена в крови							
Иммунолюминесцентный тест на прокальцитонин						Бак. исслед–е кала					
Прочие исслед–я крови				Прочие исслед–я мочи				Прочие Бак. исслед–я			
МРП+ИФА				ВИЧ							

КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧА

Консультация врача-дерматовенеролога				Консультации др. специалистов			
--------------------------------------	--	--	--	-------------------------------	--	--	--